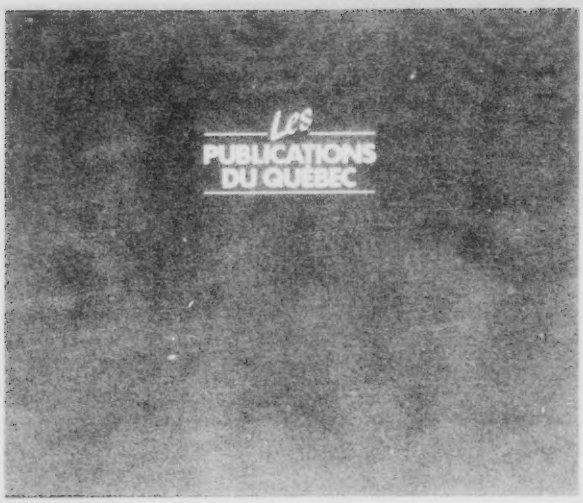
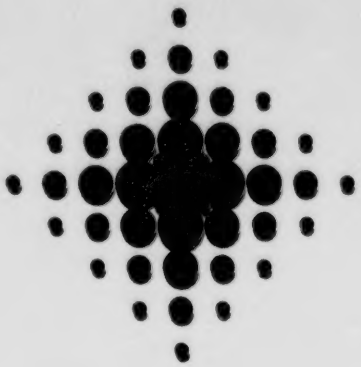
13

Recherche



Flexibilité du travail et demande sociale dans les CLSC

Paul R. Bélanger,
Benoît Lévesque,
Marc Plamondon



COMMISSION D'ENQUÊTE
SUR LES SERVICES DE SANTÉ
ET LES SERVICES SOCIAUX

Québec

13

Recherche

Flexibilité du travail et demande sociale dans les CLSC

Paul R. Bélanger,
Benoît Lévesque,
Marc Plamondon

Ce document a été préparé dans le cadre du programme de recherche de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux qui en a autorisé la publication, sur recommandation de son comité scientifique. Les idées qui y sont exprimées ne traduisent pas nécessairement celles de la Commission. Le contenu et la forme - présentation, correction de la langue - relèvent de la seule et entière responsabilité des auteurs et auteures.

Cette publication a été produite par
Les Publications du Québec
1279, boul. Charest Ouest
Québec G1N 4K7

Conception graphique de la couverture:
Verge, Lebel associés inc.

(C) Gouvernement du Québec

Dépôt légal - 4e trimestre 1987
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-551-08459-8

FLEXIBILITE DU TRAVAIL
ET
DEMANDE SOCIALE
DANS LES C.L.S.C.

UNE ETUDE DE LA CONVENTION COLLECTIVE ET DE LA PROGRAMMATION

RAPPORT DE RECHERCHE PRESENTE
A LA COMMISSION ROCHON

PAR PAUL R. BELANGER
BENOIT LEVESQUE
Me MARC PLAMONDON

AVEC LA COLLABORATION
DE YVES BERTRAND
ET DE FRANCINE LEBEL

UNIVERSITE DU QUEBEC A MONTREAL

MAI 1987

FLEXIBILITE DU TRAVAIL
ET
DEMANDE SOCIALE DANS
LES C.L.S.C.

UNE ETUDE DE LA CONVENTION COLLECTIVE
ET DE LA PROGRAMMATION

TABLE DES MATIERES

Page

TABLE DES MATIERES..... i

LISTE DES TABLEAUX..... vii

PRESENTATION..... ix

INTRODUCTION GENERALE:
DES CULTURES AUX FORMES STRUCTURELLES..... 1

1. La comparaison des modèles..... 1

. L'échec de la réforme et des C.L.S.C..... 2
. La contre-offensive: les C.L.S.C., une réussite exceptionnelle..... 6
. Le piège méthodologique..... 7

2. Des formes institutionnelles successives.... 9

. Rapports de classes et compromis intitutionnalisés..... 10
. Les rapports de travail: la convention collective..... 12
. Les rapports de consommation: la programmation..... 13

3. Les formes organisationnelles: pressions pour de nouvelles règles du jeu..... 15

4. Méthodologie et déroulement de la recherche. 16

PREMIERE PARTIE

LES RAPPORTS DE TRAVAIL: DES ENTENTES LOCALES A LA CONVENTION COLLECTIVE..... 18

INTRODUCTION: PARTICIPATION SOCIO-POLITIQUE ET COMPROMIS SALARIAL..... 19

. Formes institutionnelles et rigidité..... 19
. De la participation socio-politifque au compromis salarial..... 22

TABLE DES MATIERES (suite)

	page
CHAPITRE I. LE COMPROMIS INITIAL ET SA CRISE.....	25
1. Le compromis initial et les plans d'organisation.....	25
2. Les ententes locales.....	31
. Le contenu des ententes locales.....	32
. Signification au regard du compromis initial.....	35
3. Crise du compromis initial et de ses formes.	37
. Contestation juridique des ententes locales	38
. Autres formes de contestation: tutelles, enquêtes, évaluation.....	49
Conclusion.....	54
SUPPLEMENT AU CHAPITRE I: le modèle de la Clinique communautaire de Pointe Saint-Charles.....	56
. Le rapport au milieu.....	56
. Le rapport au travail.....	57
Conclusion.....	65
CHAPITRE II. LE COMPROMIS SALARIAL ET SES RIGIDITES....	66
1. La convention collective nationale (1976-1985).	68
. Cadre général de la négociation: le modèle fordiste.....	68
. La convention collective des hôpitaux et celle des C.L.S.C.....	78
. Des ententes locales pour les détails.....	82
2. Souplesse et rigidité de la convention.....	86
. Droits de la direction et reconnaissance syndicale.....	90

TABLE DES MATIERES (suite)

page

. Notion de poste et mutation..... 92
. Horaires et heures de travail..... 100
. Gestion autoritaire et rigidité de la convention collective..... 105
- les griefs..... 105
- le mode de gestion autoritaire..... 116

. La satisfaction des employés..... 118

Conclusion..... 126

DEUXIEME PARTIE

RAPPORTS DE CONSOMMATION INDIVIDUELS, SOCIO-COMMUNAUTAIRES ET CATEGORIELS..... 132

INTRODUCTION

1. Rapport de travail et rapports de consommation. 133

2. La consommation: un rapport social..... 134

3. Les C.L.S.C.: irruption d'une nouvelle forme... 135

CHAPITRE III. LA DELOCALISATION DE LA PROGRAMMATION... 139

Conclusion..... 153

CHAPITRE IV. PROGRAMME SANTE SCOLAIRE: LES TENTATIONS D'UN NOUVEAU CIBLAGE..... 154

1. Etat de la situation..... 154

2. Problèmes soulevés..... 157

. Difficultés d'intégration..... 157
. Informations sur la santé..... 159

Conclusion..... 163

TABLE DES MATIERES (suite)

page

CHAPITRE V. LE MAINTIEN A DOMICILE (MAD) OU L'INSTITUTION A DOMICILE..... 165

1. La politique des services à domicile: un compromis..... 167

. Les personnes en perte d'autonomie: à la recherche d'une meilleure qualité de vie... 168
. Le M.A.S.: pour une réduction des coûts et une rationalisation des services..... 170
. La Fédération des C.L.S.C.: à la recherche d'un compromis favorable au C.L.S.C..... 171

Conclusion..... 174

2. Le maintien à domicile dans les C.L.S.C..... 175

. Un programme national (centralisé)..... 177
- diversité des services à domicile..... 179
- budgets et demande sociale..... 182

. Alourdissement des clientèles..... 188

- conséquences sur les pratiques professionnelles..... 190

. Les infirmières..... 191

- les auxiliaires-familiales..... 194

Conclusion

. La politique des services à domicile..... 198
. Les services à domicile..... 200

- un programme national avec des services diversifiés..... 200
- l'alourdissement des clientèles et ses conséquences..... 201

TABLE DES MATIERES (suite)

page

CHAPITRE VI. LA SANTE-SECURITE AU TRAVAIL: SOUS-TRAITANCE ET AUTONOMIE..... 204

INTRODUCTION..... 204

1. Un compromis bien particulier: le couple C.S.S.T. - C.L.S.C..... 206

. Un tournant majeur, dans les relations de travail et le système de santé..... 207
. La formation du couple C.S.S.T. - C.L.S.C.... 210
. Une relation de sous-traitance..... 213
. La loi a presque tout prévu..... 214
- le contrat type..... 216

2. Les relations avec les clients responsables: le rapport de consommation..... 219

. Le paritarisme et les intérêts communs..... 221
. La reconnaissance des droits de gérance..... 222
. L'équipe en santé au travail: une fonction de surveillance..... 223

Conclusion..... 224

3. La dynamique de l'intervention en santé au travail..... 225

. L'équipe et les comités de santé et de sécurité (C.S.S.)..... 225
. Vaincre les résistances des employeurs..... 227
. De la méfiance à l'enjeu conflictuel..... 232
. C.L.S.C. et C.S.S.T.: irritants et quasi-tutelle..... 235
. Les C.L.S.C. et les D.S.C.: de la culture à l'expertise..... 238
. C.S.S.T. et priorités du milieu..... 241
. Impact des programmes de santé..... 246

TABLE DES MATIERES (suite)

page

Conclusion..... 248

. Caractéristiques du régime et tensions internes..... 249
. Esquisse de scénarios pour recommandations.. 249
- les nostalgiques..... 250
- le renforcement des contrôles..... 251
- de nouveaux compromis: décentralisation et articulation des activités..... 252

SYNTHESE ET CONCLUSION GENERALE..... 254

ANNEXE I: METHODOLOGIE

ANNEXE II: LISTE ET CONTENU DES ENTENTES LOCALES

ANNEXE III: FICHES D'ENTREPRISE

ANNEXE IV: DEVIS DE RECHERCHE

BIBLIOGRAPHIES

LISTE DES TABLEAUX

		page
TABLEAU I :	Bilan des griefs au 29-08-86.....	107
TABLEAU II :	Bilan des griefs par association patronale.....	109
TABLEAU III :	Bilan des griefs: bilan par catégorie pour le statut (tous les établissements des affaires sociales) (à arbitrer)...	111
TABLEAU IV :	Bilan des griefs: bilan par catégorie pour tous les établissements(mandatés).	112
TABLEAU V :	Griefs: bilan de la Fédération des C.L.S.C. par catégorie.....	113
TABLEAU VI :	Nombre total de griefs dans les C.L.S.C. observés.....	115
TABLEAU VII :	Regroupement des dimensions de la satisfaction du C.L.S.C. de Berthier..	119
TABLEAU VIII:	Désir de participation selon les catégories de personnel.....	123
TABLEAU IX :	Les dimensions de la satisfaction par thèmes selon l'échelle et les catégories d'emploi.....	125

LISTE DES TABLEAUX (suite)

		page
TABLEAU X :	Budgets impartis aux C.L.S.C. (1) depuis leur création en 1972 en regard du budget total du ministère.....	144
TABLEAU XI :	Rythme d'implantation des C.L.S.C. (1972-1986).....	145
TABLEAU XII :	Distribution des effectifs communautaires par programme et par région....	146
TABLEAU XIII:	Effectifs communautaires par secteurs d'activités socio-économiques par région.....	151
TABLEAU XIV :	Pourcentage d'effectifs communautaires par programme.....	152
TABLEAU XV :	Budget du MAD dans les C.L.S.C. (1976-1986).....	181
TABLEAU XVI :	Les budgets de développement du MAD (1977-1986).....	181
TABLEAU XVII:	Budget protégé et dépenses pour le MAD pour sept (7) C.L.S.C. (1985-1986)....	185
TABLEAU XVIII:	Le programme santé et sécurité au travail.....	253
TABLEAU XIX :	Répartition des entrevues selon les C.L.S.C (Annexe I, p. 6)	

Ce rapport sur la flexibilité du travail et la demande sociale dans les C.L.S.C a été réalisé dans des conditions relativement difficiles si l'on prend en considération aussi bien l'échéancier que le budget. Par conséquent, si...

PRESENTATION

Ce rapport sur la flexibilité du travail et la demande sociale dans les C.L.S.C. constitue une version préliminaire. Si les grands axes d'interprétation de la convention et de la programmation nous semblent bien au point, certains éléments de notre analyse exigeraient sans doute de poursuivre la recherche. Dès le départ, nous demandons au lecteur de tenir compte de cette dimension qui relève des conditions de production de cette recherche.

Le devis de recherche présenté à la Commission d'Enquête sur les Services de Santé et les Services Sociaux, présidée par monsieur Jean Rochon, résumait ainsi les objectifs de la recherche:

> "L'objectif de la recherche consiste à analyser les caractéristiques des conventions collectives et de la gestion par populations-cibles en tant que cadre réglementaire des C.L.S.C., à en analyser les effets sur les formes d'organisation et les pratiques professionnelles. La perspective générale cherche à saisir si des effets de rigidité (ou de souplesse) empêchent (ou favorisent) la pénétration de la demande sociale dans les C.L.S.C."[1]
>
> "A la demande de la Commission un addendum précisant la notion de demande sociale a été envoyée le 26 juin 1986, et le protocole d'entente institutionnelle a été signé le 7 juillet 1986."

---

1 Paul R. BELANGER et Benoît LEVESQUE. Cadre réglementaire et fonctionnement des C.L.S.C., Devis de recherche présenté à la Commission Rochon, Dép. sociologie, UQAM, juin 1986, Ce devis se retrouve à l'annexe IV.

L'objectif de la recherche est donc large puisqu'il inclut le cadre réglementaire (programmation et convention collective), les formes d'organisation de C.L.S.C., les pratiques professionnelles qui y sont réalisées, ainsi que leur correspondance à la demande sociale ou aux besoins du milieu desservi. Peu d'études ont été consacrées à tous ces aspects à la fois.

Cette recherche n'aurait pas été possible sans la collaboration d'au moins une centaine de personnes au premier rang desquelles nous comptons les directions et employés de huit C.L.S.C., des informateurs-clés provenant tout aussi bien de la Fédération des C.L.S.C. du MSSS que de la CSN et de la FTQ. Nous ne pouvons également passer sous silence les échanges d'information de même que les suggestions de nos collègues de l'UQAM et de l'U. de M. qui étaient engagés dans des projets de recherche semblables au nôtre. Enfin, la disponibilité et la patience de madame Gisèle Gascon qui a dactylographié ce texte, se doivent d'être signalées d'autant que ce travail fut exécuté dans des conditions difficiles.

Paul R. BELANGER

Benoît LEVESQUE

Me Marc PLAMONDON

INTRODUCTION GENERALE

DES CULTURES AUX FORMES STRUCTURELLES

Les questions de recherche sur les C.L.S.C. ont été le plus souvent formulées sur le mode de la conformité de la réalité au modèle originel proposé par la Commission Castonguay-Nepveu,[1] c'est-à-dire en termes de réussite ou d'échec de ce que certains anticipaient comme un "modèle idéal" de distribution de services médico-sanitaires et socio-communautaires, et même comme le joyau de tout le système socio-sanitaire québécois.[2] Or la question de la fidélité aux origines nous apparaît comme un piège théorique et méthodologique.

Mais la nécessité de renouveler les questions n'enlève en rien la validité et la pertinence des résultats des recherches. Changer de point de vue ne signifie pas nier les réalités déjà observées. Avant de présenter notre question de recherche, il est opportun de résumer brièvement les principaux travaux car nous y ferons de nombreuses références.

1. La comparaison des modèles

Les recherches faites au début de la réforme concluent sinon à l'échec tout au moins à une profonde déviation des plans originels. Les titres indiquent bien la désillusion des chercheurs: réforme ou illusion, les aventures d'un Etat narcissique, du pain et des services, la participation contre la démocratie, etc. Plus récemment, toutefois, des travaux exaltent la réussite exceptionnelle des C.L.S.C.

---

1 Gouvernement du Québec. Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, 1970-72.

2 Fernand PARENTEAU. Historique, actualité et avenir des C.L.S.C., Mémoire présenté à la Commission Rochon, 1986.

. **L'échec de la réforme et des C.L.S.C.**

L'une des premières études sur le système de santé au Québec interroge les réformes des années '70, en regard des objectifs socio-démocrates qui les accompagnaient et des solutions concrètes aux problèmes sociaux qu'elles devaient résoudre.[3]

Après avoir rappelé les grands principes avancées par la Commission Castonguay: rationalisation bureaucratique, médecine globale, décentralisation du pouvoir, participation des travailleurs et de la population, revalorisation de certaines catégories de professionnels, l'auteur conclut que la réforme a produit presque l'inverse de ses promesses: centralisation, dépendance de la population envers l'appareil médico-hospitalier, arbitraire et improvisation bureaucratique... Outre son effet redistributif, la réforme n'apporte que des bénéfices symboliques à la population; les professionnels, en particulier les médecins, ont conservé leur domination professionnelle et amélioré leurs conditions de travail, alors que les technocrates de l'Etat ont accru leurs pouvoirs et leurs privilèges dans l'opération.

Deux raisons sont avancées pour expliquer cette stratégie de la réforme et la déviation de ses objectifs. Si la stratégie a été si ambitieuse au niveau du discours et des législations, c'est qu'elle a été formulée par une nouvelle petite-bourgeoisie montante, valorisant l'extension des activités de l'Etat dans une perspective social-démocrate et nationaliste. Et si l'écart avec la réalité est si grand, c'est dû au conflit permanent entre les rationalisateurs bureaucratiques et les professionnels qui veulent maintenir leur monopole et leurs privilèges. Mais aussi, l'échec est directement relié au rôle de l'Etat dans une société capitaliste qui ne peut contrecarrer la logique de la marchandisation: selon cette contrainte structurelle, une bonne santé dépend de la production, de la distribution et de la consommation de marchandises. L'Etat ne peut agir contre l'équation entre guérison et consommation; la santé doit être transformée en biens de consommation sur un marché économique. Alors que l'assurance-maladie soutient le marché économique de la santé, la médecine globale et la participation ont plutôt tendance à soustraire, au moins partiellement, les problèmes de santé de la consommation de marchandises.

---

3 Marc RENAUD. "Réforme ou illusion? Une analyse des interventions de l'Etat québécois dans le domaine de la santé" Sociologie et sociétés, IX, no 1, 1977.

Le même auteur ajoutera à cette analyse en termes de logique capitaliste et de marchandisation, une analyse de la pénétration du mode capitaliste dans la production même des services de santé (modèle industriel centralisé, productiviste, hiérarchisé et tendantiellement tayloriste où les pratiques professionnelles sont de plus en plus parcellisées et déqualifiées) accentuant la consommation individualisée de la marchandise-santé et contrecarrant ainsi les tentatives d'instaurer une "autre" médecine.[4]

En somme, la réforme n'a pu tenir ses promesses car elle proposait une approche de la santé qui remettait en question le modèle biomédical centré sur l'hôpital et la technologie, sur la consommation et la dépendance. La profession médicale a réussi à maintenir son approche tandis que la technocratie d'Etat érigeait en vaste réseau public un ensemble d'institutions jusque-là privées ou nouvellement créées. Donc un échec partiel pour la technocratie, total pour la population, mise à part la gratuité et l'universalité des soins, et une victoire pour la profession médicale.

Selon M. Frédéric Lesemann[5], la réforme du système de santé et de services sociaux s'inspire moins d'idéaux généraux et démocratiques que d'une entreprise de rationalisation technocratique. En effet, la réforme s'inscrit dans le mouvement de passage de l'Etat libéral du capitalisme concurrentiel, qui reconnaît l'autonomie des professions "libérales" et des institutions privées, à l'Etat de la société capitaliste avancée qui, au contraire, intervient directement dans toutes les sphères de la société pour les subordonner étroitement à la rationalité et à la rentabilité économique. Il s'agit donc du passage d'une emprise corporatiste sur le domaine de la maladie à une emprise étatique sur le domaine de la santé, car les Etats sont devenus, dans les sociétés capitalistes, avancées, les véritables leaders de l'imposition d'une nouvelle rationalité sociale, politique et économique.

---

4 Marc RENAUD. "Les réformes québécoises de la santé ou les aventures d'un Etat "narcissique", L. BOSSINI et al., Médecine et société, Montréal, Saint-Martin, 1981.

5 Frédéric LESEMANN. Du pain et des services, Montréal, Saint-Martin, 1981.

Pour réaliser sa réforme, l'Etat, c'est-à-dire la classe dirigeante technocratique, établit une alliance avec les classes populaires par le biais des nouveaux agents médiateurs tels les animateurs sociaux ou les organisateurs communautaires. Cette alliance est nécessaire pour réussir à "casser" le modèle professionnel corporatiste et l'approche clinique individuelle, et leur substituer une intégration fonctionnelle et rationnelle, et une approche communautaire. Le lieu par excellence d'opérationalisation de ces objectifs devait être le C.L.S.C.

Cependant, la stratégie technocratique échoua. D'une part, les professionnels traditionnels de la médecine s'opposèrent vivement à la réforme et contre-attaquèrent en ouvrant des polycliniques privées; d'autre part, l'alliance entre les technocrates et les nouveaux professionnels médiateurs des classes populaires se brisa sur la syndicalisation et les conflits de travail; enfin, la centralisation bureaucratique réduisit considérablement l'autonomie des C.L.S.C. et l'importance de la participation des citoyens-usagers.

Le bilan ressemble donc à celui de l'étude précédente: les professionnels de la pratique privée traditionnelle maintiennent leurs pouvoirs et privilèges tandis que dans l'opération, la technocratie d'Etat a pu accroître ses pouvoirs sur l'ensemble du réseau des institutions.

Dans cette même veine d'une pénétration de la rationalité et de l'émergence d'une société post-industrielle, Gilbert Renaud analyse l'emprise croissante de la technocratie sur l'ensemble de la société, en insistant sur la transformation des pratiques professionnelles, et plus particulièrement celle des travailleurs sociaux.[6] En imposant ses objectifs de rationalisation, ses techniques de gestion et ses mesures quantitatives de rendement, la technocratie étatique réussit cette fois à briser la résistance de ses professionnels, déqualifie le travail et gère les problèmes sociaux et de santé sur le mode de l'efficience; elle en vient même à manipuler les comportements et les valeurs, à programmer

---

6 Gilbert RENAUD. A l'ombre du rationalisme. La société québécoise, de sa dépendance à sa quotidienneté, Montréal, Saint-Martin, 1984.

jusqu'aux modèles de vie sociale en particulier chez les populations-cibles dont elle a elle-même évalué les "risques" de déviance. Ayant échoué auprès des médecins, la technocratie n'en poursuit pas moins son projet de rationalisation sociale auprès des "maillons" plus faibles.

En ce qui concerne les recherches qui portent plus spécifiquement sur les C.L.S.C., l'attention est souvent centrée sur la participation et le pouvoir des usagers. Celle de Vincent Lemieux rappelle les multiples pressions qui s'exercèrent sur le gouvernement au cours de la période 1972-1977: fédérations de médecins, députés, média d'information, comités d'études, etc., de sorte que les décisions ministérielles réduisirent l'influence ou le pouvoir réel de la population sur les C.L.S.C. au profit des médecins ou des autres instances administratives telles le C.R.S.S.S ou le ministère lui-même.[7]

Jacques Godbout, quant à lui, a consacré plusieurs études au pouvoir des usagers.[8] Ses conclusions sont claires: les usagers, par leurs représentants au Conseil d'administration des C.L.S.C., ont perdu le pouvoir en particulier parce que les professionnels permanents salariés ont refusé de leur reconnaître un pouvoir véritable et des intérêts particuliers. Les permanents se sont plutôt servis des C.L.S.C. pour défendre leurs propres intérêts corporatistes, et au lieu de servir la population, s'en sont servis en les faisant participer à leurs propres objectifs et activités. Ils ont transformé les usagers en base d'appui pour leurs projets; la participation, au lieu d'être la source d'un pouvoir réel et autonome pour de nouveaux acteurs, est devenue un mécanisme d'intégration ou de "feedback" à une organisation bureaucratique. Dans ce sens, la participation est devenue un obstacle à une démocratie représentative des élus. Les intérêts des producteurs ont prévalu sur ceux des usagers.[9]

---

7 Vincent LEMIEUX et Pierre LABRIE. "Le système gouvernétique des C.L.S.C." Recherches sociographiques, XX, 2, 1979.

8 Jacques GODBOUT. La participation contre la démocratie, Ce livre résume plusieurs rapports de recherches, Montréal, Saint-Martin, 1987.

9 Jacques GODBOUT. La démocratie des usagers, Montréal, Saint-Martin, 1987.

Et les producteurs, ici, sont moins les médecins, que les organisateurs communautaires. En somme, toutes les études ci-haut mentionnées constatent que les C.L.S.C. sont de pâles reflets du plan originel. Que les objectifs de la réforme soient présentés comme idéaux démocratiques ou comme entreprises de rationalisation, la réforme aurait échoué, peu importe la grille d'analyse utilisée: économie politique, technocratie rationalisatrice, cybernétique ou organisation.

. La contre-offensive:

les C.L.S.C., une réussite exceptionnelle

La contre-offensive, si l'on peut dire, est venue de la Fédération des C.L.S.C. La recherche qu'elle a commanditée et publiée récemment démontre que les idéaux proclamés pour les C.L.S.C. par la Commission Castonguay, à travers les débats idéologiques, se sont cristallisés en véritable système de valeurs qui inspirent des pratiques professionnelles innovatrices et une forme d'organisation nouvelle. En effet, l'approche communautaire, la multi-disciplinarité et même la transdisciplinarité, l'intégration du social et du médical, ainsi que du préventif et du curatif constituent les éléments d'une culture qui relie étroitement des pratiques, une gestion et un milieu, et crée une nouvelle culture organisationnelle.[10]

Etant données ses caractéristiques, cette culture organisationnelle est en tous points conforme au modèle initial. L'étude illustre par de nombreux exemples repérés dans plusieurs C.L.S.C. les pratiques professionnelles dites d'excellence. Déjà, la recherche de Marc Renaud sur les différences de pratique professionnelle entre polycliniques privées et C.L.S.C. avait montré la qualité de la pratique médicale en C.L.S.C. et son caractère innovateur.[11]

---

10 Robert POUPART, Jean-Jacques SIMARD et Jean-Paul OUELLET La création d'une nouvelle culture organisationnelle: le cas des C.L.S.C., Montréal, F.C.L.S.C., 1986.

11 Marc RENAUD et al., "Milieu de travail et activité de prescription", Communication présentée à l'ASPD, oct.78.

De même, Fernand Parenteau, de la direction des services communautaires du M.S.S.S., dans le mémoire présenté à la Commission Rochon, à partir d'enquêtes internes et de données de sondage, fait un bilan fort positif des C.L.S.C. quant à l'accessibilité, la satisfaction de la clientèle, l'innovation dans les pratiques professionnelles et les programmes qui ont permis de rejoindre des clientèles nouvelles; il souligne en particulier leur performance remarquable dans le maintien à domicile et des services de santé maternelle et infantile.[12]

Enfin, de nombreux autre témoignages de praticiens pourraient être ajoutés, en particulier sur les pratiques professionnelles: ils convergent tous pour afirmer que, s'il reste beaucoup d'obstacles à la réalisation de leur mission, les C.L.S.C. n'ont pas moins réalisé de nombreux et importants changements par rapport aux pratiques traditionnelles: prévention, multi-disciplinarité, santé maternelle, santé au travail, travail d'équipe, prise en charge et autonomie des usagers, développement communautaire, participation des usagers...[13]

Ces dernières recherches et observations compensent-elles celles qui concluaient à l'échec des C.L.S.C.? La réponse ne peut qu'être double: selon le proverbe, le verre est à la fois à moitié vide et à moitié plein!

. **Le piège méthodologique**

S'il est légitime d'un certain point de vue de faire l'analyse des C.L.S.C. en regard des objectifs que la Commission Castonguay leur avait assignés, il faut pourtant renouveler les questions. Il n'est pas suffisant de conclure que les C.L.S.C. sont à la fois un échec et une réussite. Plus précisément, cette conclusion confirme que la question de la fidélité aux origines ou de la comparaison de modèles culturels, est un piège méthodologique.

---

12 Fernand PARENTEAU. op.cit., fait un excellent résumé de son étude et enquête.

13 Voir les deux table-rondes de praticiens des C.L.S.C.: "Les Centres locaux de services communautaires et la santé: table-ronde", Revue internationale d'action communautaire, 1/41, (printemps 1979); Centres locaux de services communautaires: où en sont les pratiques sociales: table-ronde", Revue internationale d'action communautaire, 7/47, (printemps 1982).

En effet, cette question conduit le plus souvent ou bien à la réaffirmation quelque peu "nostalgique" du modèle idéal, par ailleurs conçu et réalisé dans un autre contexte social, ou bien à "l'idéalisation" de certaines pratiques professionnelles actuelles comme si elles correspondaient à la réalité dans ses formes dominantes. Or les débats ont eu lieu et les forces sociales ont tranché: il ne peut être question de revenir à ces solutions comme à des recettes.

La question centrale est la suivante: que sont les C.L.S.C. devenus? Tous les observateurs s'accordent pour affirmer qu'il y a eu deux générations de C.L.S.C., correpondant plus ou moins aux années 72-79, 80-86. Quelles sont les formes successives qui permettent de caractériser correctement les C.L.S.C.? La deuxième question est alors de savoir, dans la forme actuelle, quelle sont les diverses tensions susceptibles de modifier les caractéristiques des C.L.S.C. Il faut se garder ici de s'appuyer sur le discours des divers agents qui précisément fonctionne à l'opposition de modèles, d'approches, de philosophies ou de cultures; car ces discours reviennent avec d'autant plus de force que les tensions ou le conflits sont plus grands et qu'ils ont la prétention de restaurer une cohérence perdue ou un consensus éclaté. La recherche doit au contraire cerner les conflits et les insatisfactions comme des révélateurs de l'émergence de nouvelles formes structurelles. A cette condition seulement, sur le plan méthodologique, il est possible de repérer des tendances qui pourront apparaître souhaitables.

Cette démarche implique que, dans toute la mesure du possible, la forme actuelle des C.L.S.C. sera comparée à leur forme initiale; cependant la comparaison n'a pas alors pour objet de décréter des déviations, des échecs ou des réussites mais de mieux faire apparaître les différences entre les formes successives, et les éléments de la crise qui ont produit le passage de l'une à l'autre. Cette démarche générale permet de réorganiser les éléments de littérature résumés plus haut et de dégager les diverses dimensions de l'analyse des C.L.S.C.

2. Des formes institutionnelles successives

A des degrés divers, les études des C.L.S.C. font ressortir trois grands niveaux ou trois grandes étapes de l'analyse. D'abord, les C.L.S.C., comme toute institution,[14] sont le produit de l'influence de diverses forces sociales en conflit plus ou moins ouvert, que ces forces sociales soient les classes d'une société capitaliste (Marc Renaud), des groupes de pression (Vincent Lemieux), ou la technocratie et les usagers (Frédéric Lesemann). Deuxièmement, en raison même des luttes ou des conflits entre ces forces sociales, les institutions ainsi formées sont des compromis institutionnalisés car le résultat n'est conforme à aucune des exigences initiales des parties bien que le rapport de forces soit inégal. Troisièmement, ces formes institutionnelles ou structurelles régularisent deux types de rapports sociaux; si Marc Renaud met davantage l'accent sur les rapports de production des services de santé, Frédéric Lesemann et Gilbert Renaud quant à eux insistent davantage sur les rapports aux usagers que nous nommerons rapports de consommation. Enfin, les formes institutionnelles se matérialisent dans des organisations concrètes où les agents se manifestent par leur insatisfaction, leurs conflits et élaborent des stratégies pour améliorer leur situation ou accroître leur influence (l'analyse stratégique de Jacques Godbout).[15]

---

14 En effet les remarques théoriques qui suivent s'appliquent tout autant aux hôpitaux, centres d'accueil ou universités en tant que formes institutionnelles et organisationnelles.

15 Ce réseau de relations entre forces sociales (rapports sociaux), institutions et organisations est conforme aux analyses sociologiques contemporaines. Voir Alain TOURAINE, La voix et le regard, Paris, Seuil, 1978, et Alain LIPIETZ, Accumulation, crise et sorties de crise; quelques réflexions méthodologiques autour de la notion de régulation, Paris CEPREMAP, no 8409, 1984. Nous proposons par ailleurs la mise en relation de deux modes de régulation: les rapports de travail (ou rapport salarial) et les rapports de consommation.

. Rapports de classes et compromis institutionnalisés

Nonobstant le caractère contradictoire ou conflictuel des rapports entre les classes sociales, celles-ci n'entrent pas moins en relations qui sont, mises à part les périodes de crise, relativement stables et permettant un large degré de prévisibilité. Plus précisément, ce sont leurs rapports ou leurs luttes qui produisent ou génèrent des règles du jeu qui constituent autant de codes ou de réglementations qui assurent une certaine continuité des relations ou des échanges. Tant qu'elles ne sont pas remises en question, ces règles du jeu s'imposent aux acteurs non seulement comme si elles leur étaient extérieures, mais aussi comme une condition nécessaire à des relations réciproques. Ces règles du jeu, ce sont les institutions ou les formes structurelles par lesquelles une société "fonctionne" au moins pour une certaine période. Parce qu'elles sont le produit ou le résultat des luttes sociales ou des rapports sociaux, elles n'ont de stabilité que celle des rapports sociaux eux-mêmes.

Aussi ces formes institutionnelles sont dites des compromis institutionnalisés non pas pour souligner une relative égalité des parties mais pour indiquer que même à l'intérieur d'un rapport de domination il s'établit un compromis pour deux raisons essentielles: d'une part la classe dominante est incapable d'imposer ses seuls intérêts, si l'on excepte les situations extrêmes; et d'autres part, pour que le compromis institutionnalisé régisse réellement des comportements, la domination implique à tout le moins un minimum de participation ou d'intérêt de la classe dominée pour que soit assurée cette stabilité des relations.

L'existence de compromis institutionnalisés ou de formes structurelles ne signifie pas l'harmonie sociale complète. Car les oppositions ne disparaissent pas du fait que les conflits soient institutionnalisés. L'institution n'est pas considérée ici comme le produit de valeurs communes et consensuelles auxquelles adhéreraient les divers agents, mais comme un compromis entre des forces sociales inscrites dans un rapport de domination. C'est pour cette raison d'ailleurs que le compromis, même s'il assure une certaine stabilité est en même temps instable car constamment soumis à diverses pressions dans les relations concrètes entre les agents à l'intérieur des organisations comme on le verra un peu plus loin.

Les rapports sociaux à l'origine des C.L.S.C. ont été largement analysés. Tous les observateurs ont souligné justement les transformations dans les rapports de forces correspondant aux deux types de C.L.S.C.[16] Dans un premier temps une véritable coalition aux intérêts divers se forme contre les corporations professionnelles et la médecine traditionnelle: fraction de la bourgeoisie inquiète de la croissance des coûts de la santé, technocratie proposant un modèle rationnel, mouvement culturel provoquant une crise de légitimité de la médecine traditionnelle, mouvement social populaire ayant créé ses cliniques communautaires autonomes. Les C.L.S.C. se présentaient comme un compromis à ces diverses forces sociales: autonomie locale mais encadrée par une loi et des règlements; médecine préventive et globale mais dans une optique de réduction des coûts; approche sociale et communautaire mais coordination de la gestion des défavorisés; enfin, C.L.S.C. mais aussi pouvoir médical dans l'hôpital...

Dès les années 1975-1976 ce modèle d'organisation des services socio-sanitaires entre en crise: la profession médicale s'oppose fortement à ce modèle et passe à l'offensive en créant des polycliniques privées; les conflits et les affrontements internes, largement publicisés, amènent l'Etat à faire des bilans d'où sortiront graduellement des réorientations. L'alliance entre profession médicale, bourgeoisie et technocratie gouvervementale se reconstitue à la faveur de l'affaiblissement du mouvement populaire et de ses divisions internes. Le nouveau modèle de C.L.S.C. qui dorénavant se met en place est caractérisé par les auteurs surtout par la centralisation qui limite l'autonomie locale, la participation des citoyens et l'action communautaire.

Si l'analyse des rapports de forces est relativement correcte, les conclusions cependant, prêtent à plusieurs confusions: d'une part elles ne permettent pas de caractériser les C.L.S.C. autrement que par des amputations c'est-à-dire par l'échec sans préciser les principaux éléments du nouveau modèle; deuxièmement, ces analyses font le saut entre le rapport de forces et les organisations concrètes sans examiner les formes institutionnelles qui régissent ces organisations; enfin, elles ne font pas la distinction entre deux formes bien distinctes qui régissent les C.L.S.C.

---

16 Voir un résumé dans notre monographie: Paul R. BELANGER, Benoît LEVESQUE, Yves BERTRAND, Francine LEBEL, La bureaucratie contre la participation, Montréal, UQAM, Dép. de sociologie, 176 pp.

En effet, deux ensembles de règles ou de normes doivent être distingués: celles régissant la production des services dans les C.L.S.C., c'est-à-dire les rapports de travail; et celles régissant la consommation de ces services c'est-à-dire les rapports de consommation; ces deux types de rapports ou de formes institutionnelles correspondent respectivement à la convention collective et aux programmes des C.L.S.C. Il est nécessaire de bien caractériser ces rapports de travail et ces rapports de consommation comme formes structurelles qui sont autant de modes de régulation ou de règles du jeu qui permettent d'identifier les régularités, car autrement les études de C.L.S.C. apparaissent comme des études de cas dont la significativité est difficile à établir. De même la distinction entre les deux rapports évite de confondre des dynamiques qui ont leur relative autonomie, même si ces deux rapports convergent dans les organisations pour leur donner leur configuration particulière comme on le verra.

. Les rapports de travail: la convention collective

Les rapports de travail constituent une codification particulière des rapports sociaux en ce qu'ils concernent les modalités de gestion et d'utilisation de la main-d'oeuvre, de division du travail et de répartition du revenu. Si nous préférons cette expression générale à celle de rapport salarial utilisée par les régulationnistes,[17] c'est que le rapport salarial connote surtout la répartition et l'utilisation du revenu, c'est-à-dire les normes de consommation qu'il est préférable d'isoler comme on le verra bientôt.

---

17 Robert BOYER, "La crise actuelle: une mise en perspective historique", Critique de l'économie politique, nos 7-8, avril-septembre, 1977.
M. Robert Boyer, par exemple, définit ainsi le rapport salarial: l'ensemble des conditions qui régissent l'usage et la reproduction de la force de travail: organisation du procès de travail, mobilité de la force de travail, formation et utilisation du revenu salarial.

Les rapports sociaux de travail sont le plus souvent codifiés dans les conventions collectives, comme l'expression institutionnelle du compromis entre les forces sociales en conflit. La convention collective régularise les rapports entre les salariés et la direction en ce qu'elle prévoit, après négociation, une adaptation mutuelle des droits et devoirs des deux parties. La forme de la convention survit, au moins pendant une période donnée, aux négociations collectives régulières, même si ces négociations sont accompagnées de grève. A l'inverse, les périodes de crises seront marquées par la remise en question du moule général, comme cela se produit depuis le début des années '70 dans le secteur industriel. Il sera aisé de comprendre aussi que la création des C.L.S.C. marque l'émergence d'un nouveau type de rapports de travail dans les services publics.

La transformation des rapports de travail est habituellement expliquée uniquement par leur propre dynamique interne: contraintes de plus-value, de productivité, de concurrence, de contrôle sur la main-d'oeuvre... De la même façon que les formes d'organisation du travail se succèdent sous les mêmes contraintes: métier, taylorisme, fordisme... Nous proposons de rompre avec cette analyse et de considérer l'importance d'une autre forme de régulation que sont les rapports de consommation, y compris dans la détermination des rapports de travail.

. <u>Les rapports de consommation: la programmation</u>

Il est impossible dans une étude des C.L.S.C. d'éluder la question des usagers ou des consommateurs, non seulement parce que certaines analyses en font leur objet propre,[18] mais parce que la programmation, c'est-à-dire les services à la population, fait partie du devis de recherche. Mais est-il nécessaire et possible de concevoir les services à la population comme une forme institutionnelle de régulation des rapports sociaux, au même titre que les rapports de travail? La plupart des théories ont plutôt tendance à n'étudier qu'un type de rapports.

---

18 Jacques T. GODBOUT. <u>La démocratie des usagers</u>, Montréal, Boréal, 1987.

Ainsi dans la problématique marxiste et chez les régulationnistes en particulier qui ont expliqué la période de croissance des années 1940-1970 par un arrimage entre la production de masse et la consommation de masse ou plus précisément entre les normes de production et les normes de consommation, l'origine des normes de consommation n'est pas expliquée. Ils expliquent fort bien comment le rapport salarial fordiste a permis un niveau de consommation nécessaire à la croissance économique, mais ce niveau ne peut de lui-même rendre compte des normes elles-mêmes c'est-à-dire des formes que la consommation a prises. Ces formes renvoient au mode de vie[19], au modèle culturel de la vie sociale qu'il est impossible de réduire à la seule économie.

Inversement, la problématique des mouvements sociaux a pour objet de fonder un rapport à la consommation et les comportements collectifs qui en découlent, mais pour affirmer que les rapports de travail ne sont plus des rapports sociaux parce qu'institutionnalisés, et qu'en conséquence le rapport à la consommation est le plus fondamental dans les sociétés dites post-industrielles.[20] Ainsi, les unes ne mettent l'accent que sur les rapports de travail, les autres sur les rapports de consommation.

Il faut bien reconnaître que les rapports sociaux se formalisent aussi en rapports de consommation. En effet, s'il est banal d'affirmer que la production doit être consommée[21], il ne l'est pas moins de soutenir que la relation entre producteurs et consommateurs ne se réduit pas à une simple relation d'offre et de demande entre des individus. Alain Touraine a bien montré que les classes dominantes en tant que dirigeant les grandes agences ou appareils de production de biens ou de services tendent à imposer un modèle culturel de développement et de consommation, c'est-à-dire un mode de vie et donc des normes de consommation. La relation entre producteurs et consommateurs est donc un rapport social particulier où les consommateurs peuvent se constituer en "mouvements sociaux" pour résister à la dépossession de leur mode de vie ou exiger un contrôle sur la production du mode d'existence.

---

19 André GANOU. Capitalisme et mode de vie, Paris, Cerf, 1972.

20 Alain TOURAINE, La voix et le regard, Paris, Seuil, 1978.

21 Ce qui n'est pas à vrai dire une banalité comme le montrent les études de la crise de surproduction de 1929.

La question importante n'est plus alors de savoir si les mouvements sociaux ou les demandes collectives de consommateurs remplacent ou non les rapports de travail comme lieu principal des luttes collectives. Mais bien plutôt de se demander, si des comportements collectifs émergent dans le domaine de la consommation, à quels types de comportements ils succèdent. En d'autres termes, quelles sont les formes successives que prennent les rapports de consommation? Plus spécifiquement pour les politiques de santé et de services sociaux dans les C.L.S.C., comment caractériser les rapports entre les "producteurs" des programmes et usagers? Il est vrai que ces rapports sont moins codifiés que les rapports de travail, c'est-à-dire qu'ils n'ont pas l'équivalent de la convention collective, et c'est ce qui fait soutenir à Touraine que les luttes dans ces domaines sont d'autant plus importantes. Nous suggérons des hypothèses à cet égard dans l'introduction à la deuxième partie. Cette analyse des rapports de consommation permettra d'évaluer la capacité des programmes de services aux usagers de correspondre à la demande sociale, c'est-à-dire d'évaluer leur flexibilité ou leur rigidité par rapport aux besoins des consommateurs-usagers.

Ces deux types de rapports (de travail et de consommation) distingués ici par l'analyse ne sont cependant pas indépendants. Il est impossible ici d'aborder correctement le problème de domination de l'un sur l'autre. Nous poserons plutôt la question de leur "adéquation" au sens où la production de masse est adéquate à la consommation de masse, et de leurs détermination réciproque au sens où un type de rapports de consommation peut influencer un type de rapports de travail. Et inversement: à titre d'exemple, les salariés peuvent "individualiser" une demande sociale collective ou au contraire collectiviser une demande qui se présente d'abord comme individuelle.

3. Les formes organisationnelles: pressions pour de nouvelles règles du jeu

Les deux types de rapports évoqués se condensent pour ainsi dire dans des formes organisationnelles concrètes que sont les C.L.S.C. En effet, les formes structurelles constituent le moule général plus ou moins contraignant, rigide, coercitif ou flexible selon le degré d'acceptation ou d'intériorisation des individus. Précisément parce que le moule est le résultat d'un compromis, des tensions, des

conflits et des insatisfactions peuvent se manifester à l'intérieur des organisations. Ces conflits sont le plus souvent l'objet des stratégies des acteurs pour tenter d'améliorer leur situation, leur place dans l'organisation ou leur influence.[22] Car le moule peut contenir ou être capable de résister à de multiples adaptations, manières de faire différentes, déviances, ententes informelles qui caractérisent toute organisation concrète. Les régularités ne signifient nullement l'uniformité des comportements, mais qu'à travers leur variabilité il est possible de dégager des constantes.

Toutefois l'accumulation de conflits, d'insatisfactions et de déviances peut entraîner l'instabilité de l'organisation et l'impossibilité d'assurer sa permanence sur le même mode de régulation ou de forme structurelle. De nouvelles règles du jeu devront alors être trouvées, à travers les conflits, qui assureront l'émergence et la stabilité d'une autre forme; celle-ci représentera alors un nouveau compromis à l'intérieur du rapport des forces sociales.

4. Méthodologie et déroulement de la recherche

L'analyse de la convention collective et des quatre programmes: action communautaire, santé scolaire, maintien à domicile et santé au travail, a été réalisée à partir de documents et d'informateurs-clés qui nous ont accordé de longues entrevues. De plus, nous avons analysé en profondeur sept[23] C.L.S.C. en constituant pour chacun d'eux une "fiche d'entreprise" et en complétant plus de 40 entrevues auprès de la direction et de toutes les catégories de personnel. En plus d'informations sur la division du travail, la polyvalence, les équipes, les programmes, etc. les entrevues ont permis de recueillir des informations sur les demandes du milieu.

---

22 Jacques GODBOUT. La participation contre la démocratie, Montréal, Saint-Martin, 1982.

23 Notre échantillon comprenait six C.L.S.C. plus la Clinique communautaire de Pointe Saint-Charles. Enfin, pour la Santé-Sécurité, nous avons ajouté un huitième C.L.S.C., celui de Centre-ville.

Les entrevues ont été menées sur le mode de récits de pratiques. Une fois faite la description des tâches selon le cadre formel, nous cherchions à connaître les pratiques non prévues, les déviances, les tensions et conflits entre les acteurs, les critiques du cadre formel, l'évolution des pratiques au cours des années, la rigidité ou la souplesse des programmes, les demandes et besoins du milieu, etc.[24]

Dans la première partie, nous présentons la convention collective en insistant sur les transformations dans les rapports de travail.

Dans la seconde, quatre programmes sont analysés pour montrer leur variabilité dans les rapports à la population. En conclusion, nous présentons un résumé de la recherche, les caractéristiques principales des C.L.S.C. ainsi que le sens général de nos recommandations.

---

24 Pour plus de détails, voir dans la bibliographie la liste des documents consultés et en Annexe I le plan de méthodologie.

PREMIERE PARTIE

LES RAPPORTS DE TRAVAIL: DES ENTENTES LOCALES A LA CONVENTION COLLECTIVE

INTRODUCTION

PARTICIPATION SOCIO-POLITIQUE ET COMPROMIS SALARIAL

Dans la première partie de ce rapport, nous nous arrêterons sur les ententes locales et la convention collective nationale pour voir si cette dimension du cadre réglementaire a des effets de rigidité (ou de souplesse) qui empêchent (ou favorisent) la pénétration de la demande sociale dans ces institutions. Cela suppose aussi l'analyse des effets de ce cadre réglementaire sur les formes d'organisation et les pratiques professionnelles dans leur rapport à la demande sociale.

Cette courte introduction vise principalement deux objectifs: définir les principaux instruments théoriques (concepts) utilisés et le point de vue adopté, et circonscrire l'objet de la recherche en y indentifiant les étapes de notre démarche.

. Formes institutionnelles et rigidité

Dans l'introduction générale, nous avons indiqué que toute forme sociale (organisation, institution) était le résultat d'un compromis entre des forces sociales en conflit. La négociation collective comme forme sociale de régulation des conflits entre la direction et les employés constitue un compromis institutionnalisé. Même si elle représente la forme dominante, la négociation collective n'est pas la seule forme de régulation des rapports entre patron et employés comme le révèlent les contrats individuels et les formes alternatives (ex.: coopératives de travail, entreprises cogérées, etc.)

Revenons brièvement sur la notion de compromis institutionnalisé. A l'origine du compromis social, nous retrouvons des conflits et des tensions entre groupes sociaux. Le compromis s'impose dans la mesure où, même si le rapport entre les parties est inégal, aucune d'entre elles ne peut arriver à dominer l'autre de manière à imposer totalement ses propres intérêts. L'institutionnalisation puisque l'on parle de "compromis institutionnalisé" "désigne la mise en place d'une forme d'organisation pour les parties prenantes, imposant une discipline à l'égard de l'institution qui prend alors les apparences d'une donnée objective pour chaque acteur, individu ou groupe, par rapport à laquelle se trouvent progressivement adaptés des comportements et des stratégies"[1].

Les formes institutionnelles qui sont le résultat de compromis entre forces sociales en conflit, constituent au moins au départ davantage des éléments de souplesse que de rigidité bien qu'elles soient toujours l'une et l'autre. En effet, ces formes normalisent les termes du conflit, réduisant l'incertitude d'affrontements qui seraient autrement imprévisibles ou tout simplement destructeurs (ex.: le droit de grève dont les conditions d'exercice sont prévues par le code du travail n'a pas empêché la période de croissance de l'après-guerre). Elles constituent donc les règles du jeu (ou des normes, des codes, des routines, des procédures sociales[2]) acceptées par les parties en cause même si chacune cherche à les faire jouer à son avantage. En dernière analyse, les formes institutionnelles qui engendrent des régularités, créent sinon des "espaces de liberté" (comme l'avance Michel Aglietta) du moins des possibilités nouvelles d'action.

---

1 Robert DELORME et Christine ANDRE, L'Etat et l'économie, Un essai d'explication de l'évolution des dépenses publiques en France, 1870-1980, Paris, Seuil, 1983, p. 672.

2 Expressions utilisées par les régulationnistes: M. AGLIETTA, R. BOYER, A. LIPIETZ et Al.

Par ailleurs, les procédures sociales exercent une contrainte sur les déviants et peuvent même générer des rigidités qui empêchent l'innovation. Cela se produit "lorsque l'accumulation des tensions qui provient d'un renouvellement du contenu des luttes sociales n'est pas canalisée par les procédures normalisatrice en vigueur[3]". Dans les périodes de stabilisation, les tensions courantes se développent à l'intérieur du cadre institutionnel existant. Dans les périodes de crise, les grandes tensions ne peuvent recevoir de solution dans le cadre des formes institutionnelles existantes: la sortie de crise suppose l'innovation sociale, la création de nouvelles institutions.

Ainsi, les seuils de rupture, les inflexions majeures résultent plutôt de grandes tensions sociales que d'initiatives de l'Etat. Sans doute, comme l'indique la notion de compromis institutionnalisé, "la création de nouvelles institutions par l'intermédiaire de l'expression politique des conflits passe par l'Etat[4]" mais la forme même de l'Etat est le résultat d'un compromis social, condition sine qua non pour que l'Etat puisse être le moule social récapitulant les normes sociales.

Comme nous le verrons dans les deux chapitres suivants, la courte histoire des CLSC montre que les rapports de travail y ont été régulés par deux formes de compromis. Une première qu'on appelle compromis socio-politique qui caractérise la phase initiale (1972-1978), se prolonge parfois au-delà et qu'on retrouve dans la phase d'implantation de la plupart des CLSC récents. Une seconde, le compromis salarial fordiste qui débute avec la syndicalisation mais qui ne deviendra dominant comme forme de régulation qu'à la fin des années 79; ce compromis reprend les termes de la forme dominante de régulation des rapports de travail dans la société québécoise à partir du milieu des année 60. Même si la démonstration ne sera faite que plus loin, essayons de caractériser ces deux formes de compromis dans leurs grandes lignes.

---

3 Michel AGLIETTA, Régulation et crises du capitalisme. L'expérience des Etat-Unis, Paris Calmann-Levy, 1976, Avant-Propos (1982), p. XI.

4 IBID, p. IX.

.De la participation socio-politique au compromis salarial

Le compromis socio-politique se caractérise par une triple "alliance" - celle de la direction, des employés et des usagers - pour un C.L.S.C. défini en termes sinon de projet populaire du moins de changement social. Il s'agit évidemment d'une "convergence conflictuelle" qui se matérialise dans des formes organisationneles comme la participation au Conseil d'administration pour la définition des orientations générales et comme la formation de comité de coordination où les employés participent à l'organisation du travail et même à leur évaluation (cogestion). Les ententes locales codifient dans certains cas les termes de ce compromis. Ainsi, le travail se structure à partir de la fonction de direction se réduisant à celle de coordination du travail des équipes. Le fonctionnement en équipe multidisciplinaire remet en cause une division trop stricte du travail comme en témoigne le cas des auxiliaires familiales dont le travail dans ce cadre ne pouvait se réduire à l'entretien ménager. Les services tendent à répondre davantage aux besoins spécifiques du milieu (d'où un certain tâtonnement) qu'à des programmes nationaux. En ce qui concerne les employés, leur implication est d'autant plus forte que leur rapport au milieu est étroit (et direct) et que les lieux de participation sont nombreux. Ce qui guide les employés (et également la direction), c'est moins le contrat de travail que le compromis politique et à travers lui le projet. Ce compromis dont les bases sont surtout locales, permet une forte valorisation du rapport au milieu (et aux usagers) au niveau aussi bien des ententes que des programmes. Ce sera aussi son talon d'achille.

Le compromis salarial fordiste a d'abord pris forme dans la production où les parties en présence se réduisent aux patrons et aux ouvriers. Ce compromis repose au départ sur la reconnaissance des droits de gérance du patron (et de la direction) en échange d'un salaire indexé au coût de la vie (un partage de productivité) et de conditions de travail défini à l'échelle nationale (ou d'une industrie) dans la convention collective. En somme, comme l'écrit Robert Boyer, "aux gestionnaires les choix concernant les méthodes de production, aux salariés, une part des dividendes du progrès, c'est-à-dire des gains de productivité ainsi obtenus[5]". Leur rôle étant réduit à l'exécution, les travailleurs sont peu impliqués dans l'entreprise. Conformément à l'organisation taylorienne du travail, les tâches sont définies avec le plus de précision possible.

5 Robert BOYER, La flexibilité du travail en Europe. Une étude comparative des transformations du rapport salarial dans sept pays de 1973 à 1985. Paris Editions La découverte, 1986, p. 15.

Cette matrice qu'on appelle fordiste parce qu'elle a permis la société de consommation - l'arrimage des normes de consommation sur les normes de production de masse - ne se généralise dans les pays développés et les divers secteurs d'activité que selon une assez grande diversité de formes concrètes comme l'exigeait la diversité des rapports sociaux et des alliances possibles.

Dans les C.L.S.C., les termes du compromis salarial fordiste seront définis sur une base nationale par de nouveaux acteurs: La Fédération des C.L.S.C. pour la partie patronale et la Fédération des affaires sociales (CSN) pour la partie syndicale (d'autres syndicats s'ajouteront avec les transferts de personnel). Le niveau local ne sera présent que par l'intermédiaire d'instances nationales. De plus, si les postes de travail sont définis par la convention collective nationale, le travail tendra à s'organiser à partir de programmes nationaux définis par le ministère des Affaires sociales en compromis, dans certains cas, avec les associations regroupant une partie des populations-cibles visées (voir la seconde partie du rapport). Dans ce cadre, l'organisation du travail exige une division du travail de plus en plus précise. La définition de programme-cadre par les directions locales pour chacun des services devient souvent une nécessité pour compenser la faible implication des employés. Le mode de gestion donne alors forme au modèle bureaucratique. Les employés se replient de plus en plus sur leur tâche, sur le 9 à 5 comme le permet la convention collective.

Les deux formes de compromis que nous venons d'identifier doivent moins être comparées entre elles pour savoir laquelle serait supérieure que re-situer dans le contexte qui leur donne leur signification respective. Autrement dit, le compromis socio-politique, même s'il semble sinon plus complet du moins plus complexe que le compromis salarial fordiste parce qu'il intègre le rapport aux usagers à travers la triple alliance, ne saurait constituer l'âge d'or, le modèle idéal vers lequel il faudrait se tourner. L'histoire ne permet pas de tel retour en arrière pour la bonne raison que formes institutionnelles ayant cours se doivent de correspondre à l'état des rapports sociaux actuels. Il n'est cependant pas sans intérêt de comparer les compromis d'hier et ceux d'aujourd'hui si l'objectif est de mieux repérer les éléments qui les constituent et de mieux comprendre leur articulation comme forme sociale particulière. Une recherche dans cette direction s'impose d'autant plus que les compromis ayant présentement cours sont en crise entraînant par le fait même plus de rigidité que de souplesse.

Cette première partie sera divisée en deux chapitres. Un premier qui portera sur le compromis socio-politique (le compromis initial) et sur sa crise. Ce compromis peut être repéré à travers les ententes locales (première génération) et certaines formes organisationnelles qui caractérisent encore les C.L.S.C. Les tutelles, les grèves, les opérations bilans et les diverses évaluations constituent autant d'indices de la crise de ce compromis. Un second qui sera réservé au compromis salarial fordiste tel que matérialisé dans la convention nationale. Les griefs et les modes de gestion autoritaire constitueront des indices sinon de la crise du moins de la rigidité de la forme de ce compromis. En conclusion, il ne saurait être question de proposer de solution puisque la forme que prennent les compromis, relève de la "trouvaille historique". Nous serons cependant mieux en mesure de circonscrire les éléments de rigidité et les éléments que ne saurait ignorer toute forme nouvelle de compromis vivable.

CHAPITRE I

LE COMPROMIS INITIAL ET SA CRISE

Dans les C.L.S.C. comme ailleurs, la forme de régulation des rapports de travail (le compromis entre la direction et les employés) s'est transformée considérablement du début des années 1970 à nos jours. Dans ce chapitre, nous nous arrêterons sur la forme socio-politique qui a caractérisé la phase initiale. Nous employons aussi le terme "compromis initial" pour bien indiquer que ce compromis concernait aussi bien le rapport au travail que le rapport à la consommation (les services à la population): les deux étaient en adéquation au niveau local.

Après avoir tenté de caractériser le compromis initial, nous montrerons comment celui-ci s'est institutionnalisé dans des plans d'organisaton élaborés par les conseils d'administration et dans des ententes locales entre direction et employés, ententes qui reprennent à leur compte certaines des formes organisationnelles mises de l'avant dans les plans d'organisation. Dans certains C.L.S.C. (puisque les plans d'organisation et les ententes locales sont des productions locales), ces formes entreront assez rapidement en crise comme le révèlent entre autres la contestation juridique des ententes locales par la partie patronale et les grèves de la part des employés syndiqués sans oublier la tutelle des CLSC "déviants" par le ministère.

1. Le compromis initial et les plans d'organisation

Comme nous l'avons montré dans le premier chapitre, le C.L.S.C. comme institution résulte d'un compromis entre les forces sociales qui traversent la société québécoise au début des années 1970 quant aux soins de santé et aux services sociaux. Le C.L.S.C. apparaît alors comme une forme hybride où l'on retrouve des éléments de la forme alternative (ex.: les cliniques populaires) et des éléments de la forme étatique bien connue dans ses traits dominants[1].

---

1 Paul R. BELANGER et Benoit LEVESQUE, "Le mode de vie détermine-t-il l'éthique au travail. Etude d'un C.L.S.C.", Relations industrielles, 1987.

Nous retrouvons ainsi dans le C.L.S.C. une autonomie locale (et donc un rapport étroit au milieu) mais circonscrit par une loi et des règlements, une médecine préventive et globale mais dans une perspective de réduction des coûts, une approche sociale mais avec l'objectif de contrôler les organismes de pauvreté[2]. Cette forme fixée par la loi 65 (1971) constitue la matrice de base et elle évolue comme le manifeste la création en 1977 d'une Commission administrative régionale des CRSSS sur les C.L.S.C. qui les intègre davantage dans le réseau des établissements du MAS.[3]

Ce compromis institutionnalisé crée au niveau local un "espace d'expérimentation" comme en témoigne la période des années 1972-1975. A travers les comités d'implantation et les conseils d'administration provisoires se tisse au niveau local une alliance réunissant direction, employés, usagers. Il s'agit d'une convergence conflictuelle mais non moins réelle comme l'attestent aussi bien les analystes que les témoins de l'époque. Ce compromis local s'institutionnalise à son tour à travers des plans d'organisation et des ententes locales fixant ainsi un certain nombre de formes organisationnelles (ex.: comité de coordination et élargissement de postes comme celui des auxiliaires familiales communautaires). De plus, ce compromis initial déborde la période 1972-1975 puisqu'à l'origine de certains C.L.S.C. récents (ex.: celui de Berthier fondé en 1981), nous retrouvons des forces sociales qui à l'échelle locale donnent lieu à un même compromis socio-politique entre direction, employés et usagers.

Arrêtons-nous brièvement sur ce compromis tel qu'il apparaît dans la phase initiale. Selon Frédéric Lesemann, "le ministère accorde (alors) une importance considérable à la phase d'implantation" qui pouvait s'étendre sur une période d'une année ou deux[4]. Un comité provisoire élu par

2 Paul R. BELANGER et Benoit LEVESQUE. La bureaucratie contre la participation. Le C.L.S.C. de Berthier. Montréal, Département de sociologie, 1986, p. 17. Voir aussi Frédéric LESEMANN, Du pain et des services, Montréal, Editions Albert Saint-Martin, 1981, p. 205 et suivantes.

3 Vincent LEMIEUX et Pierre LABRIE, "Le système gouvernétique des C.L.S.C.", Recherches sociographiques, Vol. XX no 2 (1979), p. 163.

4 Frédéric LESEMANN. "La prise en charge communautaire de la santé au Québec", in Revue Internationale d'Action Communautaire, Vol. 41, no 1, (Printemps 1979), p. 9.

la population et aidé d'animateurs-analystes", est chargé de l'étude systématique des besoins. Sur la base de ce dossier, le comité négocie avec le ministère les services à offrir et les ressources nécessaires[5]. Ce comité voit également à l'engagement "d'un directeur général et à la constitution d'une première équipe de travail". Dès le départ, l'accent va plus à la participation populaire qu'aux services (au mieux aux programmes déjà définis), plus à l'insertion sociale dans le milieu qu'à la complémentarité avec les établissements du réseau.

Cette connivence entre direction, employés et usagers est également mise en lumière par de nombreux intervenants. Serge MONGEAU alors médecin dans un C.L.S.C. insiste également sur cette dimension:

> "Pour les C.L.S.C. que j'ai vus, c'était une petite équipe au début de professionnels et usagers qui s'étaient mutuellement choisis. Il y avait donc une certaine homogénéité. C'était un conseil d'administration provisoire qui s'engageait quelques professionnels qui fonctionnaient avec leurs idées et c'était la lune de miel[6]."

De même, Clément GOURDE du C.L.S.C. Arthur CAUX relève que les rapports entre direction et employés étaient facilités par le fait que "les directeurs étaient des animateurs qui venaient de partout, avec une expérience dans les groupes populaires[7]".

---

5 Jacques GODBOUT, "Le rôle des usagers dans les conseils d'administration des C.L.S.C.", in Administration hospitalière et sociale, Vol. XXV, no 1 (1979), p. 29.

6 Serge MONGEAU, médecin au C.L.S.C. Saint-Hubert, in "Les Centres locaux de services communautaires et la santé: table ronde", Revue Internationale d'action communautaire, 1/41 (1979), p.18.

7 Clément GOURDE,"Centres locaux de services communautaires: où en sont les pratiques sociales (table-ronde)", in Revue Internationale d'action communautaire, 1/41 (1982), p. 147.

Enfin, les professionnels qui travaillaient en équipe multidisciplinaire étaient d'autant plus facilement en "contact étroit avec les gens" que ceux-ci étaient actifs et constituaient souvent "le moteur du C.L.S.C."[8].

En plus de la participation des usagers et des employés au conseil d'administration que permet la loi 65, le compromis initial se matérialisera dans des formes organisationnelles comme le comité de coordination où se pratique la cogestion (direction-employés) et toute sorte de règlements relevant de la régie interne sans oublier des pratiques professionnelles allant dans le sens de la déprofessionnalisation (ex.: travailleur de quartier et les équipes multidisciplinaires).

Le plan d'organisation adopté par le conseil d'administration fixe certaines formes institutionnelles relevant de ce compromis socio-politique concernant à la fois le rapport au travail et le rapport à la consommation (rapport au milieu). Ainsi en est-il du Plan d'organisation du C.L.S.C. Huntingdon[9]. Sans reprendre tous les éléments de la problématique des C.L.S.C. de l'époque, relevons que ce plan donne priorité "à la santé et à la qualité de vie sociale et communautaire". Certains objectifs renvoient plus spécifiquement au rapport au milieu, à l'alliance avec les usagers fondement de la légitimité des employés devant la direction. Ainsi en est-il des objectifs:

- d'organisation du C.L.S.C. et des services "en fonction de la population" pour que "le citoyen se sente à l'aise, chez lui au C.L.S.C.". "Il importe alors de "coller" à la réalité du milieu en terme de priorité des "services" à assurer, de même qu'en terme de manière ou de façon de les assurer."

- d'instrumentation des usagers et de transmission de "certaines connaissances et habilités" de manière à réduire leur "dépendance récessive vis-à-vis les professionnels".

---

8 Jacques GODBOUT, IBIDEM.

9 C.L.S.C. Huntingdon, Plan d'organisation, Août 1977, p. 17.

- de "collectivisation des problèmes, des solutions et des projets" parce que "l'action individuelle ne suffit pas": "la communauté doit être mobilisée pour mettre un frein à l'exploitation et aux divers dangers qui nous confrontent (environnement et habitudes de vie)".

Certains critères de définition du mode de fonctionnement laissent bien voir que le rapport aux usagers suppose un rapport spécifique au travail. Ainsi en est-il des deux critères suivants:

- la participation des usagers: pour dépasser le bénévolat traditionnel, il faut que les usagers soient actifs "tant au niveau de la gestion du CLSC qu'à celui de la production et de la distribution des services requis par la communauté."

- la participation des employés: "la prise en charge commence à l'intérieur même de la boîte." Cela implique le fonctionnement en "équipe multidisciplinaire, non-hiérarchisée et autonome", des rencontres périodiques et même une certaine autogestion.

Le compromis socio-politique initial réalise en somme une jonction entre rapport au travail et rapport au milieu (ou rapport à la consommation), d'où une capacité énorme de mobilisation qui n'aura d'équivalent que l'aptitude à générer des conflits.

Les formes organisationnelles mises en place par de tels plans concernent à la fois le rapport au travail (équipe multi-disciplinaire, comité de coordination, etc.) et le rapport à la consommation (comité de programme, comité consultatif, groupes de soutien, etc.). Sans revenir sur chacune de ces formes, deux d'entre elles (l'équipe multidisciplinaire et le comité de coordination) caractérisent très bien le rapport au travail tel qu'institutionnalisé dans le compromis socio- politique.

En effet, l'équipe multidisciplinaire qui se veut aussi autonome et polyvalente, est le lieu à partir duquel le travail s'organise, les employés communiquent entre eux, les programmes sont planifiés, exécutés et évalués. Le comité de coordination est l'instance de direction et, à cette fin, il est formé du directeur et de représentants des équipes multidisciplinaires. Comme instance de direction, ce comité voit "à ce que les intervenants, quelque soit leur unité de travail, développent leurs actions et programmes en fonction" du plan d'organisation, de programme de fonctionnement et des objectifs généraux du C.L.S.C. tels que définis par le conseil d'administration. Enfin, le "comité doit aussi clarifier, rendre fonctionnel le "comité local" de citoyens afin d'amener cette forme de responsabilité collective comme la structure possible du lien communauté - C.L.S.C.".

Ce plan d'organisation du C.L.S.C. Huntingdon bien qu'élaboré en 1977 prévoit des formes organisationnelles qui ne sont pas foncièrement différentes de celles de la phase initiale. Même si la place des usagers est sans doute plus réduite, il n'en demeure pas moins que le rapport aux usagers continue de constituer la clé de voûte de ce compromis. Pour les années 1981-1982, nous avons un mode d'organisation semblable pour le C.L.S.C. Berthier, soit fonctionnement en équipe multidisciplinaire, comité de coordination (cogestion) et participation active des usagers au conseil d'administration et dans des comités. Dans le cas de Berthier, il est apparu que la triple "alliance" remontait au comité d'implantation qui avait lui-même été précédé d'un comité promoteur mis sur pied en 1973.[10] La période du comité d'implantation se caractérise par une forte implication de la population des diverses paroisses à travers des comités locaux où les citoyens s'étaient livrés à une étude des besoins et à une évaluation des ressources. C'est à partir de cette recherche que le conseil d'administration fixe la priorité et le plan d'organisation de départ. Le conseil d'administration met aussi sur pied des comités ad hoc (ex.: négociation des transferts de personnel) qui sont formés d'employés et de citoyens. Le président du C.A. de l'époque dira clairement qu'en instituant ces comités, le C.A. avait "pris en réalité une police d'assurance concernant l'implication de la population dans le processus décisionnel."[11]

---

10 Paul R. BELANGER, Benoit LEVESQUE, Yves BERTRAND et François LEBEL, Op. cit., 1986, Chapitre III.

11 IBIDEM, p. 23

Le cas d'Huntingdon comme celui de Berthier permettent d'affirmer que le compromis socio-politique qui faisait une place importante à la participation des usagers et des employés, ne se limite pas à la phase initiale (1972-1975) bien que ce compromis entre en crise à partir de 1976-1977. Avant de s'arrêter sur cette crise il nous faut étudier attentivement les ententes locales qui constituent une façon de fixer les formes de ce compromis au niveau du contrat de travail, à un moment où celui-ci devient le lieu par excellence d'institutionnalisation du rapport au travail.

2. Les ententes locales

Il existe deux générations d'ententes locales. Une première constituée d'ententes non prévues par la convention collective nationale et qui relève du compromis socio-politique dans la foulée du compromis initial. Une seconde formée d'ententes prévues par la convention (comme nous le verrons dans le chapitre suivant, ententes signées en référence explicite à l'un ou l'autre des articles de la convention nationale) et qui renvoie à ce que nous avons appelé le compromis salarial fordiste. Dans la présente section, il sera d'abord question des ententes locales de la première génération (ententes non prévues par la convention nationale).

Dans l'échantillon des sept C.L.S.C. que nous avons étudié, nous n'avons trouvé des ententes de première génération (non prévues par la convention nationale) que dans trois C.L.S.C., Hochelaga-Maisonneuve (1973), Mille-Iles (1975), Huntingdon (1977). Le cas de la Clinique communautaire de Pointe Saint-Charles constitue sur ce point un cas particulier sur lequel nous reviendrons dans un court chapitre. Voyons donc d'abord le contenu de ces ententes et le contexte dans lequel elles ont été signées par la direction locale et le syndicat dans ces trois C.L.S.C.

. Le contenu des ententes locales

Au C.L.S.C. Hochelaga-Maisonneuve, le syndicat fut accrédité le 28 janvier 1974. A la suite de la signature du Mémoire intérimaire pour l'ensemble des C.L.S.C. en 1975, le syndicat a négocié avec la direction locale une première série d'ententes locales qui constituaient, au dire d'un membre de l'exécutif, "32 améliorations aux conditions de travail"[12]. Il s'agissait d'une véritable mini-convention collective qui prétendait tenir compte de la spécificité C.L.S.C. Ainsi, plusieurs articles concernaient la définition de postes dont certains n'existaient pas dans la convention nationale comme ceux de chauffeur-escorte et de travailleur communautaire ou encore étaient définis mais sans tenir compte de la dimension communautaire et sociale que supposait le fonctionnement en équipe multi-disciplinaire (ex.: les auxiliaires-familiales - travailleurs communautaires). Cette mini-convention collective contenait aussi des articles concédant aux travailleurs syndiqués des avantages sociaux et des conditions de travail (ex.: la semaine de 35 heures) manifestement supérieurs à ceux de la convention de base. On y trouvait également des articles concernant les conditions d'exercice de la vie syndicale (v.g. local syndical).

A l'occasion de la négociation de la convention collective de 1976, la plupart des articles concernant les postes spécifiques au C.L.S.C. ont été introduits dans la convention nationale (ex.: auxiliaire familiale). Les articles concernant les avantages sociaux et les conditions de travail supérieurs à la convention de base ont été négociés localement et signés par les parties en cause. Mais, dès le 23 août 1976, la direction refuse de reconnaître les dix-sept (17) articles qu'elle avait signés en déclarant que ceux-ci étaient illégaux puisque "aucune entente locale régissant les conditions de travail d'un ensemble de salariés n'est possible à moins qu'elle n'ait été prévue dans le cadre de la convention collective"[13]. Entre septembre 1976 et juin 1977, cette question provoque de nombreux débats et quelques journées de grève. La question de la légalité de ces ententes sera portée devant la Cour supérieure du Québec par la direction du C.L.S.C. Hochelaga-Maisonneuve avec le soutien de la Fédération des C.L.S.C. comme nous le verrons un peu plus loin.

---

12 Louis ROY. Syndicat des employés du C.L.S.C. Hochelaga-Maisonneuve, Lettre à Lise Payette et à Robert Burns, 24 janvier 1978.

13 Pierre BOURDON, directeur général du C.L.S.C. Hochelaga-Maisonneuve, Lettre au syndicat, 29 septembre 1976.

Au C.L.S.C. Mille-Iles, une première série d'ententes a été signée en 1975 comme annexe au Mémoire d'entente intérimaire (convention nationale). Une seconde série sera signée en avril 1978 après seize (16) mois de grève. Ces ententes locales diffèrent peu de celles signées au C.L.S.C. Hochelaga-Maisonneuve si ce n'est que la liste des postes est plus réduite (le C.L.S.C. Mille-Iles ne compte qu'une dizaine d'employés). L'article le plus significatif concerne les auxiliaires familiales dont le poste est élargi pour inclure celui de travailleur de quartier. Les autres articles portent sur les avantages sociaux et sur les conditions de travail qui sont au-dessus de ceux définis par la convention collective (nationale).

Au C.L.S.C. Huntingdon (1977), une première série d'ententes locales a été signée en 1977 et une seconde en 1980. En août 1981, le MAS met ce C.L.S.C. en tutelle pour normaliser la situation: ce sera la fin des ententes locales.

Au C.L.S.C. Huntingdon comme dans les deux cas précédents, la plupart des articles peuvent être regroupés autour:

a) de la définition de poste, la classification et l'échelle de salaire (le titre de travailleur de quartier est accordé aux auxiliaires familiales communautaires, aux infirmières auxiliaires communautaires, etc.);

b) les avantages sociaux (congés, formation, frais de garde, libération syndicale, alllocation de déplacement);

c) les relations de travail (mesures disciplinaires, période de probation, poste dépourvu).

Cependant, les ententes locales du C.L.S.C. Huntingdon sont originales en ce qui concerne la cogestion et la négociation permanente.

Ainsi, tous les articles de la convention collective (nationale) qui contiennent le terme "supérieur immédiat", désigne l'unité de travail (l'équipe) conformément au Règlement de régie interne du Conseil d'administration[14]. La fonction de directeur général est réduite à celle de coordonnateur des équipes et les droits de gérance sont exercés par un comité de coordination formé du directeur général et des chefs d'équipe. Le comité chargé de la sélection du personnel est formé majoritairement de travailleurs du C.L.S.C. Il existe aussi un comité de ralations de travail formé de deux membres syndiqués, deux membres du C.A. d'un membre du comité de coordination et du directeur (coordonnateur). Enfin, les postes de cadres autre que celui du directeur sont éliminés: "les argents reliés à ces postes doivent servir à des fins de services à la population"[15].

En conclusion, retenons que l'élément commun à ces ententes semble bien être l'élargissement des postes de non-professionnels et particulièrement des auxiliaires familiales. Cette dimension pouvait vraisemblablement permettre de mieux répondre aux besoins de la population. Dans un C.L.S.C. rural comme celui de Huntingdon ou dans un quartier populaire comme celui d'Hochelaga-Maisonneuve, les professionnels provenaient généralement de l'extérieur de la région ou du quartier alors que les non-professionnels (dont les auxiliaires familiales) provenaient du milieu. Dès lors à l'intérieur d'équipes multi-disciplinaires, ces personnes pouvaient de par leur origine sociale et de par leur travail (contact prolongé avec les usagers pour l'entretien ménager ou les soins corporels) jouer le rôle d'intermédiaire entre les professionnels et semi-professionnels et le milieu. De par son ancrage dans une équipe multi-disciplinaire, l'auxiliaire familiale sera ainsi amenée à participer à "l'identification des besoins de la population", à l'information des usagers et à servir au besoin de référence aux ressources appropriées. Dès lors, le titre d'auxiliaire familiale communautaire (travailleur de quartier) tentait de reconnaître que le travail de cette catégorie de personnel ne se limitait pas à l'entretien ménager. Au terme, la tâche des auxiliaires familiales se trouvait sans doute enrichie mais également la connaissance que l'équipe pouvait se faire du milieu de sorte que la demande sociale pénétrait plus facilement dans le C.L.S.C. (le "feed back" arrivant ainsi plus rapidement et plus clairement parce que plus direct).

14 C.L.S.C. Huntingdon, Ententes locales, 1980, article 20.

15 C.L.S.C. Huntingdon, Ententes locales, 1980, article 22.

Enfin, les ententes sur l'élargissement de la tâche n'étaient pas sans incidence sur les salaires puisqu'elles commandaient une échelle correspondant à la tâche la plus qualifiée (l'auxiliaire familiale avait ainsi droit au salaire du travailleur de quartier qui était plus élevé). Il faut aussi dire que certaines ententes avaient une allure plus corporatiste qu'altruiste. Dans ce cas, les travailleurs syndiqués ont apparemment profité d'un rapport de force qui leur était favorable au niveau local pour aller chercher des avantages sociaux et des conditions de travail non prévus dans la convention de base (v.g. des frais de garde pour les employé(e)s ayant des réunions le soir) ou simplement supérieur à ce qui était prévu (v.g. hausse des frais de déplacement ou du nombre de congés). Dans le cas des auxiliaires familiales, ce qui nous apparaît original, c'est que dans le cadre du travail d'équipe multi-disciplinaire, cette entente pouvait conduire à une qualification de non-professionnel qui non seulement remettait en cause la division traditionnelle professionnelle / non-professionnelle mais permettait d'être plus attentif aux besoins du milieu et d'être plus enclin à se réajuster aux demandes nouvelles. Autrement dit, cette médiation au milieu concret par l'intermédiaire des travailleurs communautaires remettait en cause les tendances académiques et bureaucratiques du travail des professionnels enclins à imposer des règles uniformes de traitement des problèmes sociaux.

Voyons donc comment ces ententes s'insèrent ou non dans le compromis socio-politique.

. **Signification au regard du compromis initial**

Au C.L.S.C. Hochelaga-Maisonneuve, les ententes de première génération apparaissent avec la première convention collective en 1975 (le Mémoire d'entente intérimaire) mais elles renvoient à une situation antérieure à la syndicalisation (le C.L.S.C. existe depuis 1973 et il avait été précédé d'une clinique populaire). A ce sujet, le directeur de la F.C.L.S.C. écrira qu'à l'automne 1975, "l'application du Mémoire d'entente est rendue difficile du fait que plusieurs classifications propres aux C.L.S.C. n'y apparaissent pas" de sorte qu'"il y a, à plusieurs endroits, des revendications syndicales pour signer des ententes locales"[16] locales. Dans ce C.L.S.C. comme dans celui des Mille-Iles, ce

16 Philipe LUPIEN, Directeur de la F.C.L.S.C., Lettre à Denis Lazure, ministre du MAS, 2 mars 1977.

sont effectivement les définitions de postes et les classifications qui sont au centre des ententes locales. La cogestion fait déjà partie du passé: le syndicat affiche sa préférence pour les moyens de pression. La logique qui préside à la défense des ententes, ce n'est pas celle de leur signification mais simplement des acquis. En témoigne éloquemment cette lettre d'un officier du syndicat des travailleurs du C.L.S.C. Hochelaga-Maisonneuve:

> "Comme pour l'ensemble de la classe ouvrière, pour nous, un droit acquis est acquis (sic) et doit le demeurer tant et aussi longtemps qu'il n'est pas amélioré pour les travailleurs-producteurs de services et les travailleurs-usagers. Et cela indépendamment de la batterie de pression légale, physique ou morale dont dispose, dans notre cas, notre employeur-législateur ou ses représentants. C'est ainsi que la classe ouvrière a amélioré ses conditions de travail et de vie et continuera à le faire. Et nous croyons faire partie de la classe ouvrière."[17]

Au C.L.S.C. Mille-Iles, la grève de seize mois pour maintenir les ententes locales se fera essentiellement pour la défense des acquis.[18] La formation de ce C.L.S.C. n'a pas été précédée d'une clinique populaire mais l'expérience du comité-promoteur pourrait en tenir lieu. En effet, si ce C.L.S.C. fut incorporé en 1975, son origine remonte à 1973 alors que trois animateurs ont travaillé avec la population et les mouvements sociaux à faire l'inventaire des besoins de la communauté et à définir les priorités d'intervention. Ce comité promoteur était formé d'une vingtaine de citoyens et de trois chargés de projet. Il existait alors une sorte de cogestion. Au moment de l'incorporation du C.L.S.C., le compromis avec les citoyens éclate et le coordonnateur du comité promoteur demande l'accréditation syndicale et devient président du syndicat.

---

17 Gérald LAROSE, Lettre à Michel Lemay, Comité des relations de travail du C.L.S.C. Hochelaga-Maisonneuve, 16 février 1977.

18 C'est ce qui ressort clairement du document intitulé, Bilan des 15 mois de grève, Syndicat des travailleurs du C.L.S.C. Mille-Iles.

Le C.L.S.C. Huntingdon a aussi vécu l'expérience d'un comité-promoteur à partir de 1975. L'incorporation du C.L.S.C. en 1977 de même que la syndicalisation ne mettront pas un terme à l'expérience de cogestion. Les ententes locales en fixeront les modalités d'exercice. Cette expérimentation qui supposait une alliance entre direction, employés et usagers se poursuit jusqu'au mois d'août 1981. Le compromis est remis en cause à partir du moment où le directeur général refuse de partager son droit de gérance avec le comité de coordination. Avec la tutelle du C.L.S.C. qui en résulte, les employés n'auront d'autre choix que de se replier sur le compromis salarial.

3. Crise du compromis initial et de ses formes

La crise du compromis socio-politique se manifeste de plusieurs façons. L'Opération bilan[19] constitue sans doute le point de départ de cette remise en cause dans la mesure où peuvent y être rattachées la réduction de la durée de la phase d'implantation (ce qui aura pour effet de réduire la participation de la population dans la définition des besoins et des objectifs) et l'insertion des C.L.S.C. dans le réseau des établissements du MAS à travers la création de la Commission administrative des CRSSS sur les C.L.S.C. en 1977.[20] Plus directement, cette remise en cause sera le fait de comité ministériel d'enquête et de tutelles pour les C.L.S.C. fonctionnant selon cette forme de compromis. Enfin, la contestation juridique des ententes locales constitue la remise en cause la plus radicale puisqu'elle enlève aux parties locales la capacité de négocier pour se donner des formes organisationnelles, à supposer que ces parties aient été d'accord pour le faire. C'est pourquoi nous accorderons une attention particulière à cette contestation.

---

19 Maurice ROY, Les C.L.S.C., ce qu'il faut savoir, Montréal, Editions Saint-Martin, 1987, pp. 19 sf.

20 Frédéric LESEMANN, Art. cit. Vincent LEMIEUX et Pierre LABRIE, Art. cit. p. 160.

. Contestation juridique des ententes locales

Nous avons indiqué précédemment que lors des premières conventions nationales, plusieurs C.L.S.C. (dont trois de notre échantillon) avaient ajouté en annexe des ententes locales qui amendaient substantiellement la convention de base. Sur le plan juridique, un conflit majeur est survenu lorsqu'un employeur local, en l'occurence la direction du C.L.S.C. Hochelaga-Maisonneuve, a voulu renier les obligations qu'il avait contracté avec le syndicat local.

Les faits juridiques de ce conflit peuvent être résumés ainsi. Le 23 août 1976, la Fédération des Affaires Sociales (FAS) représentant le syndicat des employés du Centre local des services communautaires Hochelaga-Maisonneuve (CSN) et le comité patronal de négociation du secteur des affaires sociales, représentant le C.L.S.C. Hochelaga-Maisonneuve, ont signé une convention collective, conformément à la loi alors en vigueur concernant les négociations dans le secteur de l'éducation des affaires sociales et des organismes gouvernementaux (L.Q. 1974 chapitre 8 à 21 à 26).

Comme nous le verrons dans le prochain chapitre, cette convention fut la première qui intégrait les C.L.S.C. à la convention de base des hôpitaux, avec un certain nombre de particularités sur lesquelles nous reviendrons. L'une de ces particularités est l'absence dans la convention collective des C.L.S.C. d'une clause, stipulée à la convention de base des hôpitaux et qui prévoit:

> "Les avantages consacrés dans les textes sous forme d'ententes ou d'appendices annexés à la convention antérieure à 1966, à celle de 1966, à celle de 1972 et non prévus au paragraphe 28.01 et 28.02 acquis au salarié ou à l'ensemble des salariés couverts par l'accréditation et qui sont supérieurs aux spécifications de présente convention sont maintenus et font partie de la présente convention collective." (Article 28.03).

L'effet de cette clause dans la convention de base est de maintenir les avantages supérieurs à la convention nationale, consacrés par des textes précédant la signature de la convention à l'avantage des salariés et annexés à la convention collective et dûment déposés au ministère du Travail selon les dispositions du ministère du Travail.

De plus, ces avantages doivent distinguer les privilèges acquis, par ailleurs garantis par les articles 28.01 et 28.02 de la convention de base et 27.01 et 27.02 de la convention collective des C.L.S.C., paragraphe d'ailleurs identique.

Sans cet article 28 (27 pour les C.L.S.C.) la seule distinction est précisément l'absence du paragraphe 27.03 chez les C.L.S.C. L'explication historique de cette absence peut apparaître fondamentale au sociologue ou à l'historien, mais le juriste ne fait qu'en constater l'effet sur les obligations des parties. Signalons tout de même qu'un certain nombre de personnes nous ont expliqué que ce "trou" avait pour origine un oubli collectif dans la procédure de rédaction de la convention des C.L.S.C. en 1976.

Cette explication peut avoir une certaine vraisemblance dans la mesure où avant la signature de la convention collective de base signée en août 1976 et qui visait tous les C.L.S.C., existait un certain nombre de C.L.S.C. qui avaient signé des ententes avec des syndicats accrédités. Il n'est pas illogique de voir que ces syndicats dans le contexte de négociation nationale de 1976 ont cherché à préserver les avantages consacrés par ces ententes. Mais la logique est une chose et le droit une autre!

En tout état de cause, le C.L.S.C. Hochelaga-Maisonneuve et le syndicat local ont signé le 31 octobre 1976 une entente prévoyant l'addition à leur convention collective d'une stipulation ayant exactement, presque mot à mot, la même portée que l'article 28.03 de la convention de base déjà citée. Le même jour, les parties signaient un texte qui prévoyait un certain nombre d'avantages qui étaient supérieurs à la convention générale.

Il est opportun de signaler que dans la même période, c'est-à-dire dans les mois qui ont suivi la signature de la convention générale de 1976, six (6) autres C.L.S.C. de la région de Montréal avaient eux aussi signé des ententes similaires prévoyant l'équivalent d'une clause 28.03 et des textes consacrant des avantages supérieurs à la convention nationale. Comme nous l'avons vu pour trois de ces C.L.S.C., le contenu de ces ententes locales, différaient énormément les unes des autres.

Or en 1977, le C.L.S.C. Hochelaga-Maisonneuve demandait à la Cour supérieure de se prononcer, par jugement déclaratoire, sur la légalité de son entente particulière avec son syndicat, soit comme stipulation de la convention collective ou en tant qu'annexe intégré à la convention collective.

Le C.L.S.C. soutenait devant la Cour que ces ententes étaient illégales parce que contraires à la loi sur les négociations dans le domaine de l'éducation, des affaires sociales et des organismes gouvernementaux déjà cités, (L.Q. 1971 C, chapitre 8) que leur impact financier était considérable, que le ministère des Affaires Sociales refusait de dégager les fonds qui auraient permis de donner suite aux ententes et que le syndicat non seulement refusait de reconnaître la non-validité de ces ententes mais au surplus multipliait les moyens de pression et les griefs pour les faire respecter.

Dans cette requête, la Fédération des C.L.S.C. du Québec avait été mise en cause. Son procureur s'était déclaré en accord avec les prétentions élaborées par le C.L.S.C. Hochelaga-Maisonneuve. Quant au ministère des Affaires Sociales également mis en cause, il a déclaré par son procureur qu'il n'avait pas lieu de présenter des notes supplémentaires à celles du requérant.

Dans un jugement rendu le 8 juin 1978, le juge Pierre Boudreau de la Cour supérieure déclarait invalide les ententes locales entre le C.L.S.C. et le syndicat local. Aux pages 12 et 13 de son jugement, l'honorable juge écrit:

> "Dans le domaine des affaires sociales, le législateur a indiqué encore plus fortement son intention de voir à l'établissement de conditions générales uniformes de travail dans tous les domaines au Québec. (...) (...)
>
> En d'autres mots, tout arrangement local ou toute stipulation de convention collective locale entre association de salariés et un établissement doit trouver sa source de vie dans la stipulation agréée à l'échelle provinciale. Tout autre arrangement local et toute autre stipulation locale sont nulles.
>
> (...) Si une stipulation ou un arrangement n'est pas autorisé ou permis par une stipulation convenue à l'échelle de la province, l'entente ne peut donc lier les parties locales."[21]

C'est l'interprétation de la loi sur les négociations dans le secteurs des affaires sociales et les stipulations expresses autorisant certains arrangements locaux prévus à la convention nationale de 1976-1979 qui fait conclure l'honorable juge Boudreau l'invalidité des ententes locales, signées par le C.L.S.C. Hochelaga-Maisonneuve.

Signalons que cette décision n'invalidait que les ententes faites entre les parties ci-haut mentionnées. Les autres C.L.S.C. et syndicats qui avaient eux aussi signé des ententes similaires n'étaient pas directement affectés par cette décision judiciaire puisqu'ils n'étaient pas partie au litige. Comme le dit l'honorable juge Boudreau à la page 10 de son jugement:

> "Le jugement ici rendu ne fera pas quant à elles (d'autres parties ayant signé des ententes de mêmes natures) chose jugée. Il ne pourra tout au plus qu'être cité à titre de précédent et encore de précédent qui ne liera aucunement le juge appelé à décider de la dispute entre les autres C.L.S.C. et les autres syndicats."

---

21 500-05-014511-776. C'est nous qui soulignons.

Or, moins d'un mois après ce jugement, la Fédération des C.L.S.C. du Québec, dans une lettre adressée à tous les directeurs généraux[22] évalue la signification de ce jugement dans le contexte de la préparation d'une nouvelle ronde de négociation. Après avoir rappelé que les ententes locales sur des sujets "autres que ceux laissés explicitement aux instances locales" sont nulles et non valides à titre d'annexe à la convention collective et que le "nouveau cadre juridique (Loi 55) qui régit la négociation collective dans notre secteur maintient le caractère centralisé de la négociation", la Fédération invite les directions locales à refuser toute ouverture pouvant conduire à de telles ententes:

> "Il est normal aussi que les syndiqués identifient des sujets pour se mobiliser en vue des prochaines rondes de négociations. On sait que l'action revendicative constitue la meilleure voie pour la mobilisation et qu'elle ait avant tout un caractère significatif pour les salariés; en d'autres termes, tous les syndicats locaux vont s'employer dans les mois qui viennent à identifier des enjeux locaux et à en faire des débats plus ou moins passionnés. Je souhaite pour ma part que les directions d'établissements et les conseils d'administration sauront faire preuve de perspicacité en ne se laissant pas "charrier" qu'en n'activant pas les débats par des attitudes de panique qui souvent, se traduisent par des durcissements exagérés. Il sera important de se rappeler que chacun ne fait pas face à une action isolée mais plutôt concertée et qu'il y a avantage à ce que nous en fassions autant."

---

22 Annexe II. Liste et contenu des ententes locales.

La Fédération n'avait pas tort de croire que les négociations locales et surtout la validité des ententes locales jusqu'alors signées allaient devenir l'enjeu principal de la négociation qui devait se conclure en 1979 à l'échelle nationale. Sur le plan juridique et contractuel, le résultat de ce conflit fut l'intégration d'une clause 27.03 à la convention nationale des C.L.S.C. en 1979. Cette clause se lisait ainsi:

> "Les avantages consacrés dans les textes sous forme d'ententes ou d'appendices annexés à la convention de 1976 et non-prévus au paragraphe 27.01 et 27.02, encore en vigueur au 30 juin 1979 acquis aux salariés ou à l'ensemble ou partie de l'ensemble des salariés couverts par l'accréditation et qui sont supérieurs aux stipulations de la présente convention sont maintenus et font partie de la présente convention collective. Au plus tard, dans les trente (30) jours de la date de la signature de la présente convention, les parties forment un comité local de négociation, sans permettre de révision au sens de l'article 95 du Code du travail, afin de procéder à la révision des ententes mentionnées dans l'alinéa précédent. Ce comité se réunit au cours de la période de soixante (60) jours suivants et, à moins que les parties en conviennent autrement, le premier alinéa du présent paragraphe continue de s'appliquer." (Article 27.03).

L'insertion de l'article 27.03 dans la convention de 1979 laissait supposer que les parties habilitées à négocier avaient voulu consacrer la validité des avantages que les ententes locales consacraient et, en conséquence, donner effet aux ententes locales dont la validité aurait été affectée par la décision du l'honorable juge Boudreau dans l'affaire du C.L.S.C. Hochelaga-Maisonneuve. Cette interprétation prévaudra dans la décision arbitrale où des salariés de quatre C.L.S.C. ont cherché à se prévaloir

d'avantages prévus dans l'application de la nouvelle clause 28.03.[23] Tous les arbitres ont considéré que cette clause maintenait, pour la durée de la convention collective, non pas les ententes que le juge Boudreau avait jugé invalides, mais les avantages consacrés dans de telles ententes qui étaient encore en vigueur au 30 juin 1979, comme le stipule l'article lui-même. Ils ont tous quatre accueilli les griefs de salaire fondés sur des ententes locales.

Si le raisonnement paraît se soutenir quant aux avantages reconduits, il n'est pas clair que les ententes locales jusque là invalides, selon le juge Boudreau, puissent entrer en vigueur le 30 juin 1979. Cette faille dans les décisions arbitraires sera systématiquement utilisée par trois C.L.S.C. sur quatre dans des requêtes en évocation à la Cour supérieure des décisions arbitrales. L'effet d'une révision judiciaire de telles décisions étant bien évidemment d'en annuler les effets parce que les arbitres ont excédé leur juridiction en donnant une portée légale à des ententes illégales et invalides.

Dans l'affaire du C.L.S.C. Marigot arbitrée par maître Jean-Guy Clément et Al.[24], le juge Melvin L. Rothman écrit:

---

23 Il en fut ainsi dans l'affaire du syndicat des travailleurs du C.L.S.C. Marigot et de la décision de ce C.L.S.C. arbitrée par Jean-Guy CLEMENT (sentence rendue le 18 juin 1982), de l'affaire du syndicat des travailleurs du C.L.S.C. Brandon et de la direction de ce C.L.S.C. arbitrée par Gabriel COTE (sentence rendue le 20 août 1982), de l'affaire du syndicat des employés du C.L.S.C. Mille-Iles et la direction de ce C.L.S.C. arbritée par J.J. TURCOTTE et, enfin, de l'affaire du syndicat des travailleurs du C.L.S.C. Huntingdon et la direction de ce C.L.S.C. arbitrée par Jean-Paul LEMIEUX (sentence rendue le 12 septembre 1984).

24 V.1 CS 505-05-017847-8211.

> "With respect, I cannot see how these agreements can possibly be considered to have been "en vigueur" on June 30, 1979. To be "en vigueur", these local agreements had to be authorized at the provincial level under Sections 21 and 26 of the Act. In the absence of such authorization, they had no legal existence. And any advantages contemplated under the local agreements were similarly invalid so that they could not have been "en vigueur"."
>
> (...)
>
> Since the local agreements were not "en vigueur" on June 30, 1979, it follows that they could not have been incorporated into the new collective agreement under Article 27.03).
>
> (...)
>
> In interpreting the article as he did, the arbitrator erred in law and, in my opinion, his error was jurisdictional. The effect was to add to the collective agreement benefits or advantages that were not here."

Cette décision apparaît contredire un jugement préliminaire pour l'émission d'un bref d'évocation de l'honorable juge Victor Melançon dans l'affaire du centre local des services communautaires des Mille-Iles contre Jean-Jacques Turcotte et le syndicat des employés du C.L.S.C.[25] où était encore contesté par le C.L.S.C. une décision arbitrale fondée sur les avantages reconnus par les ententes locales. Si un juge émet le bref d'évocation, c'est pour une raison autre que celle de la validité des ententes elles-mêmes. Plus encore, examinant cette question l'honorable juge Melançon écrit aux pages 5 et 6:

---

25 500-05-014979-825.

> "Avec une certaine hésitation, mais quand même, je déclare qu'il m'apparaît que l'arbitre avait obligation de se prononcer à partir de la clause 27.03 de la convention collective en vigueur et que c'est là qu'est la source de la juridiction qu'il avait. Si des ententes avaient été passées illégalement antérieurement, on leur a reconnu par la négociation et à partir du moment où elles ont été négociées, une valeur, sujette d'ailleurs à un certain nombre de conditions, ce qui entraîne que ce n'est pas parce que l'entente originelle pouvait être déficitaire et illégale, qu'à partir de 1979 et vue la clause 27.03, elle viciait automatiquement cette clause. Ce n'est donc pas là que l'arbitre aurait excédé sa juridication."

Or le jugement final dans cette affaire, rendu par l'honorable juge Irving J. Halperin[26] de la Cour supérieure renversera la perspective, hésitante il est vrai, du juge Melançon. A la page 10 du jugement, on peut lire:

> "Counsel for Respondent insisted vigorously that a distinction is to be made between the question of the legality of the local agreement and the benefits or advantages available thereunder. It is admitted (admissions, para. 9) that the local agreement was not executed in conformity with legal requirements. It follows necessarily that any benefits or advantages received by the employees concerned, were affected by this illegality. While Counsel for Respondent may be correct that those benefits and advantages existed and were a reality by virtue of the fact that they were paid by the Petitioner and received by the mis-en-cause Morin and Brossard, it is nevertheless true that these were benefits and advantages that had no legal validity."

Encore ici, la sentence arbitrale fut annulée.

---

26 Jugement du 7 mai 1985, non rapporté.

Enfin, en juillet 1985, l'honorable juge André Savoie a eu à rendre un jugement sur le même problème cette fois-ci dans l'affaire C.L.S.C. Huntingdon contre Jean-Paul Lemieux et le syndicat des travailleurs du C.L.S.C. d'Huntingdon et al.

Encore ici, il s'agissait d'une requête en évocation d'une sentence arbitrale de maître Lemieux où il reconnaissait la validité des ententes locales, reconnaissance qui avait pour effet d'annuler en pratique la décision de l'administration provisoire du C.L.S.C. prise en 1981, d'abolir unilatéralement ces mêmes ententes. Nous reviendrons plus loin sur cet élément. Quant à la question de fond, à savoir la validité des ententes, ou des avantages que ces ententes reconnaissaient, le juge Savoie rejoint le jugement du juge Boudreau, Rothman et Halperin. A la page 18 du jugement, le juge Savoie écrit:

> "Qu'il s'agisse d'une question préliminaire à l'exercice de la juridiction de l'arbitre ou de cette exercice même, il est clair que la sentence du 12 septembre 1984, reconnaît la validité d'une convention ou d'une entente invalide, et qui doit être considérée comme n'ayant jamais existé. Prétendre que les avantages résultant d'une telle entente ont une existence distincte de celle-ci et peuvent donc être considérés comme valables, relève du sophisme. Reconnaître la validité de l'existence légale de tels avantages constitue un excès de juridiction entraînant la sentence et justifie l'intervention de la Cour."

Tous les jugements en évocation des décisions arbitrales sont maintenant devant la Cour d'appel à l'exception du jugement Melançon, l'effet des autres jugements étant de nier à toute fin pratique l'effet de l'article 27.03. La Cour d'appel devra trancher entre un sophisme qui donne effet à une clause contractuelle et une interprétation littérale qui la rend inutile.

Replacé dans une perspective plus large, ce débat juridique renvoit bien évidemment à des enjeux plus sociaux et politiques concernant l'organisation du travail, des services et de l'administration dans un établissement ayant une vocation à la fois sanitaire et sociale dans une perspective communautaire.

De cette contestation juridique, retenons que celle-ci s'est faite dans la seule optique du rapport au travail. C'est le point de vue de la partie patronale, la Fédération des C.L.S.C. et les directions locales. C'est aussi le point de vue de la partie syndicale, la Fédération des Affaires Sociales (CSN) et des syndicats locaux. Alors que la partie syndicale argumente dans le sens d'acquis à préserver, la partie patronale parle d'avantages supérieurs à la convention et tente de les mesurer monétairement. Dans un cas comme dans l'autre, la dimension service au milieu et la complicité pour y arriver font place à une stratégie d'affrontement. Le rapport au milieu qui était indissociable du rapport au travail dans le compromis initial, est donc absent.

De plus, la perspective adoptée par les deux parties va dans le sens de la centralisation et de l'uniformisation. Cela ne fait aucun doute pour la Fédération des C.L.S.C. qui a favorisé l'élimination de l'article 28.03 (reconnaissance des ententes locales antérieures). Le directeur de cette Fédération a d'ailleurs écrit que cette position se justifiait par "le souci de maintenir une uniformité dans les conditions des employés à travers les C.L.S.C. et ensuite le désir de contrer les pressions syndicales pour qu'au niveau local les parties puissent rouvrir le contrat à volonté par la négociation locale"[27].

La partie syndicale, la Fédération des Affaires Sociales (CSN) a également favorisé l'uniformisation et la centralisation. En effet, lors de la première négociation, celle de 1976, elle n'a apparamment pas trouvé important de se battre pour l'inclusion de l'article 28.03 et n'a pas déposé les ententes locales signées dans les différents C.L.S.C. "Elle a même accepté, écrira la F.C.L.S.C., nos propositions sur les classifications presque sans discussion (...). Nous avons alors compris que les conditions de travail sur le plan

---

27 Philippe LUPIEN, Loc. cit.

salarial étaient uniformisées." On peut supposer que, pour des raisons différentes de la partie patronale, la FAS tenait à une certaine uniformisation des conditions de travail sur celle du réseau. En raison de leur poids, les C.L.S.C. ne pouvaient jouer le rôle de locomotive. La capacité de négocier localement pouvait être dangereuse puisque les maillons les plus faibles pouvaient connaître des reculs qui auraient constitué de dangereux précédents.

Enfin, dans un deuxième temps, les revendications pour maintenir des ententes locales sont venues principalement des syndicats sans réticence puisque ces revendications ne remettaient plus en cause l'uniformisation et la centralisation. En effet, ces revendications se posaient alors en termes d'acquis à défendre et non pas de capacité de négocier localement. Autrement dit, après la convention de 1976, la défense des ententes de première génération s'est faite en conformité avec le compromis salarial fordiste.

. <u>Autres formes de contestation: tutelles, enquêtes</u> et évaluation

Les tutelles et les comités ministériels d'évaluation des C.L.S.C. "déviants" constituent également d'autres formes de contestation du compromis socio-politique. A défaut d'une analyse de l'ensemble de ces tutelles, enquêtes et évaluations, nous avons procédé à l'examen attentif du cas de deux C.L.S.C. de notre échantillon, le C.L.S.C. Huntingdon qui fut mis en tutelle en août 1981 et le C.L.S.C. Berthier qui fut l'objet d'évaluation de la part d'un comité ministériel à l'automne 1982.

Au C.L.S.C. Huntingdon, l'élément déclencheur fut le refus du coordonnateur de l'époque (c'est ainsi qu'on appelait le directeur général) de partager son droit de gérance avec le comité de coordination. Plus spécifiquement, le directeur général ne voulait plus que le comité de coordination ait un droit de veto comme le voulait le régime de cogestion. Devant ce refus, le conseil d'administration qui était majoritairement favorable à la cogestion, congédie le directeur général. La partie minoritaire avec l'aide du C.R.S.S.S. de la Montérégie obtient du ministère la mise en tutelle du C.L.S.C.

La raison invoquée pour la tutelle fut le déficit budgétaire alors que la véritable raison était la cogestion et le fonctionnement en équipes autonomes réparties en quatre points de services. C'est ce que confirme une lettre du tuteur, M. Julien Tremblay, qui, dès sa nomination, prend l'initiative de dénoncer unilatéralement l'entente locale et le système de cogestion que celle-ci impliquait. Voici le premier paragraphe de cette lettre:

> "Suite à notre rencontre syndicale du 8 octobre dernier, où vous étiez représenté par Roger Nicol, Gérard Séquin et Christiane Daoust, je viens par la présente vous confirmer premièrement, qu'à cette date, j'ai mis fin au système de cogestion dans sa forme actuelle et que je procède dès maintenant à l'affichage des postes de coordonnateurs; deuxièmement, j'ai également procédé à cette même date, à l'abolition des ententes locales signées entre le C.L.S.C. de Huntingdon et le Syndicat des Travailleurs du C.L.S.C. de Huntingdon, le 4 décembre 1980 et déposées au ministère du Travail le 7 janvier 1981."

La tutelle du C.L.S.C. Huntingdon vise donc à "normaliser" ce C.L.S.C. Elle met fin au comité de coordination, au fonctionnement en équipes multidisciplinaires autonomes, ferme deux points de services (ceux de Saint-Anicet et d'Ormstown) et propose cinq mises à pied de travailleurs syndiqués pour permettre l'engagement de deux coordonnateurs. On se souviendra que dans ce C.L.S.C. les argents destinés à l'engagement de cadres avaient été utilisés pour fournir des services à la population.

Au terme de cette tutelle qui va du mois d'août 1981 au mois d'avril 1982, le C.L.S.C. Huntingdon, deviendra un C.L.S.C. semblable aux autres tant du point de vue du plan d'organisation que de celui des pratiques professionnelles et des services offerts. Ainsi, les auxiliaires familiales communautaires dont le poste avait été élargi pour tenir compte de leur apport aux équipes multidisciplinaires, se limiteront désormais de plus en plus aux tâches d'entretien ménager et de soins corporels. Les intervenants sociaux seront tellement désorganisés que même aujourd'hui ils sont

encore en état de recherche. Enfin, les services à la population ont été réduits même si les transferts de personnel des DSC et des CSS semblent maintenant permettre une relance de ce C.L.S.C.

Au C.L.S.C. Berthier, la crise a été suscitée par la démission en juin 1982 de quatre membres du Conseil d'administration dont trois représentants des usagers et un représentant des groupes socio-économiques. Le ministère des Affaires Sociales a alors formé un comité d'évaluation qui a remis son rapport en décembre de la même année. Le rapport du ministère a donné raison aux démissionnaires dans leur analyse des relations entre le conseil d'administration et les employés mais il a aussi fortement critiqué le fonctionnement et l'idéologie du C.A. Les critiques du C.A. et des employés convergeaient en fait pour renforcer les pouvoirs du directeur général. Elles confirmaient la structure hiérarchique verticale qui allait du ministère au directeur général, puis du directeur général aux employés et des employés aux usagers. L'ensemble de ces transformations ont eu pour effet majeur de changer un milieu actif en individus - clients passifs.[28]

Le C.L.S.C. Berthier comme nous l'avons déjà indiqué, avait vécu l'expérience d'un comité de coordination et d'une forte implication de la population dans ses comités locaux. Pour les enquêteurs du ministère, cette forte implication avait été source de confusion. Parce que la ligne d'autorité n'était pas suffisamment précise, ils considéraient que le C.A. avait eu trop de pouvoir et avait ainsi constitué une "entrave à la liberté du directeur général". Les propositions du comité ministériel seront appliquées et particulièrement le renforcement du pouvoir du directeur général de manière à ce que celui-ci soit plus le représentant du ministère dans le milieu que de la population. Une des conséquences inévitables sera la désimplication non seulement des travailleurs mais aussi des usagers.

---

28 Paul R. BELANGER, Benoit LEVESQUE, Yves BERTRAND, Francine LEBEL, Op. cit., 1986, p. 26.

Dans le cas des tutelles et des comités d'enquête, le ministère des Affaires Sociales est l'instigateur d'un processus de normalisation qui va dans le sens d'un compromis salarial de type fordiste où la participation des travailleurs et des usagers n'a pas de place puisque ce compromis repose sur la reconnaissance du droit de gérance en échange d'avantages salariaux. Cependant, les cas de Berthier et d'Huntingdon montrent clairement que cette intervention de l'Etat ne fut possible que parce que la triple alliance direction, employés et usagers s'était rompue.

D'une part, l'alliance employés et usagers se brise d'autant plus facilement que le milieu n'est pas homogène. S'il existe bien des conflits entre usagers et permanents comme l'a montré M. Jacques Godbout[29], le rapport au milieu est plus complexe que ses analyses ne le laissent supposer. Ainsi, au C.L.S.C. Berthier, le conflit a d'abord été posé en terme d'opposition entre une orientation bénévole de l'action sociale et communautaire et l'engagement d'un professionnel de l'action sociale et communautaire. Mais cette opposition révèle, à notre avis, la crainte de l'élite locale de perdre son contrôle sur les associations ou mouvements du milieu, ou encore de perdre ses appuis dans la population. Plus spécifiquement, la professionnalisation de l'action communautaire risque de faire émerger dans le milieu de nouvelles revendications; de nouvelles alliances risquent de se former; de nouveaux pouvoirs peuvent s'imposer. Dès lors, de nouvelles divisions apparaissent dans un milieu représenté jusque-là de façon plus ou moins homogène[30].

---

29 Jacques GODBOUT, Art. cit.

30 Les élections au Conseil d'administration qui s'en sont suivi, ont d'ailleurs révélé l'existence de deux coalitions: l'une formée de l'élite locale appuyée par les militants péquistes; l'autre formée de militants de groupes populaires et de mouvements sociaux auxquels était associé l'exécutif syndical. Voir Paul R. BELANGER, Benoît LEVESQUE, Yves BERTAND, Francine LEBEL, Op. cit. p. 35.

D'autre part, la division du milieu par rapport au C.L.S.C. laisse la voie ouverte aux directions locales soucieuses d'affirmer leurs droits de gérance comme ce fut le cas au C.L.S.C. Huntingdon et dans la plupart des C.L.S.C. où les directeurs-gestionnaires remplacent les directeurs-animateurs. Ces directeurs se sentent liés beaucoup plus par les mandats du ministère que par les besoins exprimés par le milieu: "ils gèrent les programmes tels que les définit le ministère, sans innovation"[31]. La rupture de l'Alliance direction-employés est également favorisée par la radicalisation du syndicalisme comme cela apparaît aux C.L.S.C. Hochelaga-Maisonneuve, Mille-Iles, Berthier.

Dans la perspective d'un syndicalisme de classes et surtout du marxisme-léninisme, la cogestion est à rejeter puisque le C.L.S.C. est défini en terme d'appareil d'Etat, instrument de domination au service exclusif de la bourgeoisie. Comme l'explique madame Solange Vallières du C.L.S.C. Basse-Ville à Québec, la complicité des travailleurs avec le conseil d'administration et la direction ne peut être que nulle:

> "... qui se dit progressiste doit viser une espèce de lutte perpétuelle car le C.L.S.C. est vu comme un appareil d'Etat et l'Etat comme ton ennemi. La conséquence c'est que le Conseil d'administration devient péjorativement ton boss. Ceux pour qui tu voulais faire la réforme deviennent tes ennemis. La complicité est nulle."[32]

Dès lors, les revendications des employés syndiqués se situent de plus en plus en termes d'acquis et d'avantages à préserver. La référence aux services est désormais absente ou encore utilisée en fonction du rapport au travail. En somme, le cadre de référence n'est plus celui du compromis socio-politique mais celui du compromis salarial.

---

31 Serge MONGEAU, Loc. cit., p. 22.

32 Solange VALLIERES, infirmière, C.L.S.C. Basse-Ville à Québec, in "Les Centres locaux de services communautaires et la santé: table ronde", in Revue Internationale d'action communautaire, 1/41, Printemps 1979, p. 19.

Conclusion

Le compromis initial dans les C.L.S.C. est un compromis socio-politique qui repose au niveau local sur la triple "alliance" direction, employés, usagers et sur un double rapport, rapport au travail et rapport au milieu (à la consommation). En vertu de ce compromis, le travail s'organise en fonction des services au mieux des besoins du milieu (d'où un certain tâtonnement). La participation des usagers et la participation des employés est à l'ordre du jour comme en témoignent les formes institutionnelles que ce compromis génère. Au niveau du rapport au travail, il s'agit principalement de comités de coordination permettant la cogestion et du fonctionnement en équipes multidisciplinaires où l'on remet en cause l'approche professionnaliste quitte à élargir le poste de non-professionnels pour être plus attentif aux besoins du milieu comme ce sera le cas avec les auxiliaires-familiales. Ces formes institutionnelles sont codifiées dans des plans d'organisation adoptés par le conseil d'administration et dans des ententes locales signées par direction et syndicat locaux.

La contestation juridique des ententes locales par la Fédération des C.L.S.C. et les directions locales à partir de 1977 de même que les tutelles et les comités d'enquête du ministère des Affaires Sociales révèlent que le compromis socio-politique n'était plus en mesure de servir de cadre de référence (de matrice) pour inspirer la mise en place de formes institutionnelles qui auraient permis la régulation des nouveaux conflits. La plupart des analystes de cette époque ont déploré la non-intervention de l'Etat. Les cas étudiés laissent clairement voir que que le ministère des Affaires Sociales n'hésite pas à intervenir et souvent de façon autoritaire pour normaliser (uniformiser et centraliser) dès que la triple alliance a éclaté et surtout celle entre employés et usagers.

Sans revenir sur l'ensemble des facteurs socio-politiques susceptibles d'expliquer la crise du compromis socio-politique dans les C.L.S.C., indiquons simplement qu'avec la syndicalisation les parties patronales (la Fédération C.L.S.C.) et syndicale (la Fédération des affaires sociales, CSN) ont favorisé la définition d'un contrat de travail allant dans le sens de l'uniformisation, de la séparation du

rapport au travail et du rapport au milieu et, en conséquence, ne laissent que très peu de place aux ententes locales et aucune à la négociation locale.

Pour des raisons à première vue différentes mais selon une même logique: la partie patronale craignait que les directions locales ne cèdent sur des points importants qui pourraient avoir des effets d'entraînement alors que la partie syndicale doutait de la capacité de certains syndicats locaux de résister aux demandes des directions locales. En somme, l'une et l'autre se situaient exclusivement dans la perspective du compromis salarial.

Les forces qui remettent en cause le compromis ne viennent pas exclusivement de l'extérieur, les luttes qui traversent la société québécoise et qui sont aussi présentes au niveau local. Cependant parce que le compromis socio-politique repose sur une triple alliance direction, employés et usagers au niveau local, il n'éclate pas en même temps dans tous les C.L.S.C. Tous les C.L.S.C. n'ont pas la même histoire. De plus, l'articulation des forces sociales à la base du compromis peut varier d'une communauté, d'un quartier ou d'une région à l'autre. Ceci dit, les directions locales seront d'autant plus soucieuses de leur droit de gérance et des directives du ministère que les conflits entre usagers et employés révèlent une rupture de l'alliance (et donc de l'articulation du rapport au travail et du rapport au milieu). De même, un mode de gestion collé davantage sur le ministère que sur le milieu favorise une radicalisation selon laquelle le C.L.S.C. est un appareil d'Etat de sorte que la cogestion n'aurait de sens que pour ceux qui sont aliénés au point de vouloir participer à leur propre exploitation et leur propre domination. Les tensions et les conflits sont tels que le compromis socio-politique devient alors non seulement "inopérationnel" mais simplement impensable.

SUPPLEMENT AU CHAPITRE I

LE MODELE DE LA CLINIQUE COMMUNAUTAIRE DE POINTE SAINT-CHARLES

La Clinique communautaire de Pointe Saint-Charles a été fondée en 1965, soit avant même que ne débutent les travaux de la Commission Castonguay-Nepveu. Cette clinique qui assume les fonctions de C.L.S.C. pour le territoire de Pointe Saint-Charles, se distingue des autres C.L.S.C. dans la mesure où elle est autonome au moins au niveau du rapport au travail puisque la convention est négociée localement et signée par l'instance locale. De plus, le fonctionnement de cette clinique relève du compromis socio-politique, sur le triple alliance direction, employés, usagers. A partir d'une analyse de la convention actuelle, nous tenterons d'identifier les principaux éléments de ce compromis et leur articulation. En conclusion, nous nous demanderons pourquoi ce quasi C.L.S.C. peut encore aujourd'hui réguler ses conflits selon cette forme structurelle alors que tous les autres C.L.S.C. fonctionnent selon le compromis salarial fordiste.

. Le rapport au milieu (à la consommation)

Certains articles concernant surtout le rapport au milieu.

Ainsi dès le départ, la convention consacre que son but est d'assurer non seulement des rapports harmonieux de travail mais également de relier ces rapports harmonieux à des meilleurs services aux citoyennes et aux citoyens de Pointe Saint-Charles. L'article 1.02 consacre ce principe:

> "Les présentes dispositions ont pour objet d'établir des rapports ordonnés entre les parties; de déterminer de bonnes conditions de travail pour les salariées-és visées-és par l'accréditation, ainsi que de favoriser de bonnes relations entre l'Employeur et les salariées-és, afin de donner un meilleur service aux citoyennes et aux citoyens de Pointe Saint-Charles. (Article 1.02).

Il est à noter que la convention nationale ne parle pas de ce principe. On peut expliquer cette absence par le fait que la partie patronale considère que la qualité des services - et donc leur évaluation - n'est pas l'attribut des salariés ni du syndicat, mais est un élément clef de ses droits de gérance. Il y a donc dans cette logique une séparation radicale entre l'encadrement juridique des relations de travail et la qualité des services offerts dans le réseau des CLSC.

En deuxième lieu, certains articles manifestent une préoccupation d'être à l'écoute du milieu. Ainsi, en est-il de l'article 25.01 concernant les exigences générales pour la sélection des employés:

"a) à compétences égales, selon les critères de la Clinique, tout poste doit d'abord être ouvert aux personnes habitant le quartier de Pointe Saint-Charles;

b) être d'accord avec les objectifs de la clinique;

c) parler français et, au besoin, avoir une connaissance pratique de l'anglais parlé;

d) capacité de participer à un travail d'équipe." (Article 25.01).

Cet article témoigne que le fait d'habiter le quartier constitue une qualification majeure pour un salarié de la clinique. S'il en est ainsi, c'est qu'un résident ou une résidente du quartier a une connaissance concrète et personnelle des réalités humaines, culturelles, sociales, économiques et politiques du milieu. Cet atout est à ce point majeur pour des intervenants qui se doivent d'être connectés au milieu que cette qualité prime souvent sur les exigences de diplômation.

Ainsi, des organisatrices communautaires de la clinique nous diront "qu'à la clinique, c'est une condition d'embauche de ne pas avoir de diplôme professionnel. Ceci valait pour le travail social comme pour le secrétariat, tout le monde étant en conséquence formé sur le tas". L'objectif de cette politique était de permettre l'embauche de gens du quartier et du milieu capables de mieux comprendre les gens du quartier.

La coordonnatrice générale va plus loin encore sur le sens de cette politique d'embauche:

> "En regard au cheminement historique, la clinique a toujours été marginale. Par exemple lorsqu'il fut question d'implanter un CLSC dans le quartier, il y a eu une forte mobilisation de la population pour s'y opposer. La principale raison fut les critères d'embauche du personnel; un CLSC aurait demandé des diplômes alors qu'à la clinique ce critère ne joue pas dans la sélection du personnel. C'est plutôt l'implication et la connaissance du milieu qui jouent avant tout. Ainsi, la plupart du personnel à la clinique vivent dans le quartier et ne sont pas diplômés."

Cette politique anti-professionnelle a des racines profondes comme le dira une travailleuse communautaire:

> "Les gens se plaignaient que les travailleurs sociaux ne comprenaient pas leur milieu de vie: par exemple, s'ils faisaient une visite en fin de mois, ils constataient que le "frigo" était vide et donc qu'il l'était tout le temps car ils ne savaient pas que le chèque allait arriver bientôt et que le "frigo" se remplirait. Les travailleurs sociaux étaient considérés comme des enleveurs d'enfants, ils ne comprenaient pas, ils n'étaient pas du quartier."

C'est ainsi que les deux éléments de base de la convention collective de Pointe Saint-Charles constituent une articulation dialectique avec la réalité de la communauté desservie par la clinique. D'une part, le but de la convention est l'établissement de rapports ordonnés entre les parties afin de donner un meilleur service et d'autre part, cet objectif peut d'autant mieux se réaliser que les ressources humaines de la clinique originent principalement de la communauté desservie.

. **Le rapport au travail**

Les articles concernant surtout le rapport au travail révèlent un certain nombre de formes institutionnelles cohérentes avec le compromis socio-politique. C'est le cas entre autre d'un comité de négociation permanente qui suppose un minimum de complicité avec la direction, du fonctionnement en équipes multidisciplinaires et de procédures d'évaluation, le tout dans une perspective de cogestion.

La négociation permanente est prévue à l'article 33 où il est question d'un comité de négociation permanent et de son rôle:

> "Le Comité de négociations permanent est formé de personnes représentant en nombre égal d'une part l'Employeur, d'autre part le syndicat, soit: trois (3) ou quatre (4) personnes pour chacune des deux parties." (Article 33.01).
>
> Le rôle du comité est de négocier la convention d'une manière continue." (Article 33.02).

C'est donc dire que la convention est un cadre de référence extrêmement souple qui doit être ajusté régulièrement afin d'en réaliser les buts. En résumé, la négociation permanente constitue un mécanisme d'ajustement mutuel susceptible de s'adapter aux aspirations des salariés et simultanément aux attentes de l'employeur, étant entendu que les deux parties cherchent à mieux répondre aux besoins du milieu.

Même si la négociation permanente suscite des problèmes nouveaux et parfois difficiles à résoudre dont le principal semble l'aboutissement de la structure décisionnelle comme nous le confiera la coordonnatrice générale de la clinique, il n'en demeure pas moins toutefois que les avantages sont apparemment plus nombreux que les désavantages.

Le travail d'équipe et l'approche multidisciplinaire sont deux éléments stipulés dans la convention collective de Pointe Saint-Charles. En effet, dans le cadre des dispositions générales de l'article 2, le paragraphe 2.01g) définit le terme poste comme ce qui:

> "désigne un ensemble de tâches et responsabilités requérant les services d'une personne salariée à l'un ou l'autre titre d'emploi décrit à la convention (article 25) à l'intérieur d'une équipe ou unité de travail."

De plus, l'article 2.02 prévoit que pour fins d'application de la convention collective:

"a) Les équipes sont les suivantes:

- équipe multidisciplinaire médico-sociale bleue;
- équipe multidisciplinaire médico-sociale rouge;
- équipe multidisciplinaire médico-sociale verte;
- équipe communautaire;
- équipe dentaire;
- équipe d'optométrie;
- équipe de soutien;
- équipe de comptabilité.

b) Les unités de travail sont les suivantes:

- conductrice ou conducteur de minibus;
- nutritionniste;
- responsable de soutien;
- responsable médicales;
- secrétaire à la coordination;
- secrétaire médicale à la S.S.T.;
- technicienne ou technicien en hygiène industrielle."

Tout nouveau poste devra faire l'objet d'une entente entre les parties afin de déterminer à quelle unité de travail ou équipe, ces salarié(e)s se rattachent.

Non seulement le syndicat et les salariés décident-ils de la détermination de l'appartenance d'un nouveau poste à une équipe mais encore le transfert d'un poste d'un autre doit faire l'objet d'un accord entre les parties. En effet, le paragraphe 2.01 h) définit le transfert de la manière suivante:

> "Transfert: désigne la mutation d'une personne salariée d'un poste à un autre, avec ou sans changement de titre d'emploi, comportant un salaire identique." (paragraphe 2.01 h)

Le maintien des équipes multidisciplinaires et leur composition, bref leur dynamisme comme leur stabilité sont garantis par la convention collective. L'employeur ne peut donc de son propre chef et à son bon vouloir modifier la composition et l'organisation des équipes qui sont au coeur de la production des services.

L'article 24 de la convention, quant à lui, consacre le caractère obligatoire du travail d'équipe:

> "Il est entendu par les deux parties que le travail en équipe est obligatoire, ainsi que la participation aux réunions, tel que spécifié à l'article 13.10. (Article 24.01).
>
> La personne désignée chef par son équipe devra voir au partage des responsabilités et des tâches entre les membres de l'équipe. (Article 24.02).
>
> Cette personne n'a pas de statut particulier ni de rénumération supplémentaire. (Article 24.03).
>
> Cette personne est libérée de sa tâche régulière une demi-journée (1/2) ou l'équivalent, par semaine, pour effectuer les tâches relevant de son travail de chef d'équipe. (Article 24.04).
>
> Toute personne assignée à des tâches administratives doit être libérée de sa tâche régulière le temps nécessaire à l'accomplissement de ces tâches." (Article 24.05).

Quant à l'article 13.10, stipulé au paragraphe 24.01, il se lit comme suit:

> "L'employeur accorde à toutes les personnes couvertes par la présente convention, dix (10) pour cent du temps ou l'équivalent, pour tenir des réunions d'équipe, de formation, de corps de métier, ainsi que des réunions d'information au personnel, ceci excluant les réunions reliées au travail et les réunions régulières des programmes reliés à la clinique." (Article 13.10).

On constate donc que la composition de l'équipe et la planification de son travail sont sa responsabilité. Dix (10 %) pour cent du temps de travail étant consacrés spécifiquement aux réunions d'équipe. De plus, la convention prévoit la désignation d'un chef d'équipe par son équipe qui tout en ayant le mandat de voir au partage des responsabilités et des tâches entre les membres de l'équipe n'a cependant pas de statut particulier ni de rénumération supplémentaire. Il a donc des fonctions de cadre dans sa gestion du travail mais sans en avoir ni l'autorité, ni le statut.

Il faut dire ici que le chef d'équipe prévu à l'article 37.01 de la convention nationale n'a ni les fonctions ni les tâches du chef d'équipe de la convention collective de Pointe Saint-Charles. Dans la convention nationale, le chef d'équipe est la personne qui sous la direction du chef de service, tout en travaillant elle-même, voit à l'entraînement et à la coordination des activités d'un groupe de salariés de sa catégorie. Il est non pas sous l'autorité de l'équipe - qui dans la convention nationale est une unité administrative - mais placé en ligne hiérarchique comme agent de liaison des directives de l'administration, sans rapport d'autorité avec les autres salariés.

Il est alors manifeste que la structure des équipes à Pointe Saint-Charles a maintenu la relation fondamentale entre la gestion et l'exécution du travail, laissant ainsi intact les savoirs et les pouvoirs collectifs et leur permettant de jouer leur rôle comme facteur de productivité. Du même coup, cette structure évite la bureaucratisation et la hiérarchisation des rôles et des fonctions, source majeure de conflits.

Le dernier élément original de la convention collective de Pointe Saint-Charles sont les procédures d'évaluation du personnel qui incidemment n'existent pas dans la convention nationale des CLSC. Ces procédures d'évaluation, des mécanismes et principes, sont prévues aux articles 5.02, 5.03, 5.04 de la convention que nous résumerons ici.

La première évaluation est liée à la permanence alors que les évaluations subséquentes sont avant tout des outils de perfectionnement (5.02a et 5.02b). Le lieu principal pour faire l'évaluation demeure l'équipe de travail, à laquelle se sont greffées une ou plusieurs personnes membres du comité de sélection, si possible. L'équipe est donc l'unité d'évaluation (5.02c).

L'évaluation doit être utilisée régulièrement, au moins tous les trois (3) ans (5.02d). En dehors des périodes établies, l'évaluation d'une personne peut être demandée au Comité de sélection par les quatre (4) instances suivantes:

- la personne elle-même;
- l'équipe;
- le Comité des plaintes;
- le Comité de coordination.

(5.02e).

Pour chaque personne évaluée, la coordination du personnel devra relever l'ensemble des postes, personnes, comités et programmes ou autres, en contact avec la personne évaluée (5.03a). La coordination du personnel, le chef d'équipe et la personne évaluée participent étroitement à l'évaluation en préparant une évaluation distincte. Toute la procédure et la documentation utile est à la connaissance de toutes les parties (5.03b-c-d-e).

Comme on le voit, l'évaluation n'est pas une démarche individuelle. Elle est un processus collectif et en ce sens, la participation active de toutes les personnes, membres de l'équipe est primordiale. L'évaluation doit avoir pour résultat l'évaluation de la contribution d'une personne à l'équipe, comme celle de l'équipe au perfectionnement de la personne évaluée (5.04e-f-g).

Finalement, l'évaluation doit permettre l'identification de la contribution de cette personne à l'atteinte des objectifs de la clinique. Pour ce faire, l'évaluation entraîne l'identification et le renforcement des points forts, l'identification et l'élaboration des moyens pour corriger les points faibles. Conséquemment, une mauvaise évaluation peut être aussi néfaste pour la personne évaluée que pour l'équipe.

L'analyse des originalités de la convention collective de la clinique Pointe Saint-Charles par rapport à celle de la convention nationale nous conduit en fait à un mode original des relations de travail et d'organisation du travail que la convention consacrent.

L'objet même de la convention s'étend et coïncide avec les buts de la clinique. La convention est ici non pas une contrainte que les parties s'imposent mutuellement pour passer à l'arbitrage mais un outil dynamique de gestion des ressources humaines.

Conclusion

Par rapport à la convention collective des C.L.S.C., celle de la Clinique communautaire de Pointe Saint-Charles est originale. En fait, elle ne relève pas du même esprit: le cadre de référence est autre, c'est celui du compromis socio-politique, de la triple "alliance" direction, usagers, employés et de l'articulation du rapport au travail et du rapport au milieu. Cette "alliance" et cette articulation reposent sur un certain nombres de formes institutionnelles:

- des procédures de sélection qui reconnaissent la connaissance du milieu comme source de qualification,
- un comité de négociation permanent puisqu'une telle articulation au milieu est susceptible de générer des conflits autres que les conflits de travail au sens restreint,
- le fonctionnement en équipe et le travail en équipe qui permettent la formation sur le tas et l'adaptation aux demandes du milieu,
- des procédures d'évaluation qui ne se limitent pas au seul rapport au travail.

Pourquoi le compromis socio-politique a-t-il pu se maintenir à Pointe Saint-Charles alors qu'il s'est transformé ailleurs en compromis salarial? Seule une étude en profondeur de la clinique, du milieu et des rapports à l'Etat pourrait permettre de répondre à cette question. Notre enquête nous permet cependant de dire que c'est une conjonction de facteurs qui a permis à ce compromis non seulement de se maintenir mais de se donner des formes institutionnelles pour réguler les conflits et tensions qui surgissent aujourd'hui.

CHAPITRE II

LE COMPROMIS SALARIAL ET SES RIGIDITES

A partir de 1976 et surtout de 1980, le rapport au travail dans les C.L.S.C. sera de plus en plus régulé par ce que nous appelons un compromis salarial de type fordiste. Dans l'industrie, le compromis salarial fordiste constitue la matrice des formes organisationnelles mises en place depuis la dernière guerre mondiale pour réguler les rapports de travail.[1] Ce compromis intègre des éléments du taylorisme[2] dont la séparation entre conception et exécution, et des éléments du fordisme dont le partage des gains de productivité de manière à arrimer les normes de consommation sur les normes de production (les augmentations de salaire représentent alors moins un coût que des débouchés nouveaux)[3]. Plus spécifiquement, le compromis entre patronat et classe ouvrière repose alors sur la reconnaissance du droit de gérance en échange du partage des gains de productivité (et donc de la rigidité à la baisse du salaire direct et indirect). Ainsi, tout ce qui relève de l'entreprise (les orientations, les stratégies de développement et l'organisation du travail) est laissé aux patrons comme domaine exclusif alors que le gros des préoccupations des syndicats porte sur la négociation de la convention collective (conditions de travail et de rénumération, etc) et sur son respect.

---

1 Comme l'indique la référence au fordisme, ce compromis fut expérimenté à l'échelle d'une entreprise autour de la première guerre mais, à l'échelle d'une société, il faudra attendre le New Deal et la seconde guerre pour la plupart des pays autres que les Etats-Unis. Voir Benjamin CORIAT, L'Atelier et le chronomètre, Paris, Christian BOURGEOIS, 1979.

2. Maurice de MONTMOLLIN et Olivier PASTRE (Sous la direction de), Le taylorisme, Paris, Editions La découverte, 1984.

3. C'est ce qu'explique bien Alain LIPIETZ, "Les transformations dans la division internationale du travail: considérations méthodologiques et esquisse de théorisation", in D. CAMERON et F. HOULE ,Le Canada et la nouvelle division internationale du travail / Canada and the New International Division of labour, Ottawa, Presses de l'Université d'Ottawa, 1985.

Dans le cadre de ce compromis, la convention collective constitue alors la forme structurelle (la matrice) à partir de laquelle seront prévues les principales formes organisationnelles de régulation de conflits. Elle définit avec précision les tâches des différentes catégories de travailleurs conformément à une division du travail s'inspirant du taylorisme et elle prévoit les objets et les moments d'affrontement: périodes de négociation, droit de grève, griefs, etc. Enfin, pour une industrie donnée et selon des modalités variables selon les pays[4], le contrat de travail est relativement uniforme de sorte que la place pour les ententes spécifiquement locales est sinon inexistante du moins fort réduite. A partir de la fin des années 60, ce modèle de convention collective se généralise dans les hôpitaux selon des variantes tenant compte de la spécificité de ce secteur. A partir de 1976, ce modèle est introduit dans les C.L.S.C.

Le présent chapitre sera divisé en deux grandes parties. Dans une première, nous proposerons une analyse longitudinale (1976-1985) du cadre légal de négociation et une analyse de la convention collective et des ententes locales. Nous montrerons ainsi comment le modèle hospitalier et le modèle industriel tayloriste ont constitué le cadre de référence aussi bien pour le cadre légal que pour le contrat de travail dans les C.L.S.C. Dans une seconde, nous mettrons en lumière la souplesse et la rigidité de la convention collective actuelle au regard du pouvoir de la direction et des divers modes de gestion dont le mode de gestion autoritaire (et l'insatisfaction au travail qui en résulte). Au terme, il devrait ainsi apparaître que l'actuelle convention collective ne prend pas en compte les particularités des C.L.S.C.

---

4 Robert BOYER (sous la direction). La flexibilité du travail en Europe, Paris, Editions La découverte, 1986.

1. La convention collective nationale (1976-1985)

Dans un premier temps, nous nous arrêterons sur le cadre légal de la négociation dans le secteur des affaires sociales et des C.L.S.C. et sur son évaluation à travers les lois de 1974, 1978 et 1985. Ces lois qui sont elles-mêmes un produit du compromis entre partie patronale et partie syndicale, fixent à l'échelle nationale le cadre général à partir duquel les conventions collectives seront négociées et signées. Ces lois fixent donc le moment de négociation, identifient les parties habilitées à négocier, etc. Dans un deuxième temps, nous comparerons la convention collective des C.L.S.C. avec celle en vigueur dans les hôpitaux pour la période 1976-1985 pour voir comment les particularités des C.L.S.C. sont prises en considération. Notre attention se portera enfin sur les ententes locales prévues dans la convention.

. Cadre général de la négociation: le modèle fordiste

La première convention collective intervenue qui concernait les Centres Locaux de Services Communautaires (C.L.S.C.) comme ensemble distinct dans le réseau des affaires sociales le fut en 1976. Elle fut ainsi intégrée dans le cadre général de la négociation des conventions collectives de travail entre les syndicats affiliés à la Fédération des Affaires Sociales (F.A.S.) de la Confédération des Syndicats Nationaux (C.S.N.) et le comité patronal de négociation du secteur des affaires sociales représentant un groupe d'établissements membres de l'Association des Hôpitaux de la Province de Québec (A.H.P.Q.), de l'Association des Centres d'Accueil du Québec (A.C.A.Q.), de l'Association des Etablissements Privés de santé et de bien-être de la province de Québec (A.E.P.), de l'Association des Directeurs des Etablissements Privés de santé et de bien-être de la province de Québec (A.D.E.P.) et enfin du groupe d'établissements membres de la Fédération des Centres Locaux de Services Communautaires du Québec (F.C.L.S.C.Q.).

Il est essentiel, dès cette étape de savoir que les parties légalement habilitées à négocier les conventions collectives du secteur des affaires sociales ont été déterminées par une législation datant de 1974. En effet, c'est la loi sur les négociations collectives dans le secteur de l'éducation, des affaires sociales et des organismes gouvernementaux (C.8, L.Q. 1974) qui avait déterminé les parties ayant le pouvoir de négocier.

Cette législation prévoit que contrairement au domaine de l'éducation, le champ des affaires sociales devait tendre à l'établissement de conditions générales uniformes de travail dans tout le Québec. En effet, on n'a pas jugé bon dans ce domaine de prévoir un mécanisme de pré-détermination des matières à être négociées et agréées à l'échelle provinciale ou à une autre échelle. En effet, l'article 21 du chapitre 8 des lois du Québec de 1974 indique clairement que pour être valide, toutes les stipulations des conventions collectives entre les établissements et les associations de salariés doivent être négociées et agréées à l'échelle provinciale.

Les seules exceptions à cette règle se retrouvent aux articles 25 et 26 de ladite loi qui prévoient que les stipulations visées à l'article 21 peuvent prévoir et permettre la conclusion d'arrangements locaux ou des stipulations à convenir localement. Bref, le contenu des ententes locales, dans le secteur des affaires sociales, doit être expressément défini et autorisé par la convention générale.[5]

Bien qu'il ne fasse pas directement référence à la législation précitée, l'article 5 de la convention collective de 1976 reprise jusqu'à ce jour intégralement - et portant sur la Reconnaisance syndicale stipule:

---

5 Voir le chapitre précédent sur les ententes locales: C.S.L.S. Hochelaga-Maisonneuve c. Syndicat des employés du C.L.S.C. Hochelaga-Maisonneuve (C.S.N.) et Fédération des C.L.S.C. et al; (1979) C.S. - no: 500 05 014511-776.

> "L'employeur reconnaît par les présentes, le syndicat comme étant le seul et unique agent négociateur aux fins de négocier et de conclure une convention collective de travail, au nom et pour tous les salariés couverts par le certificat d'accréditation émis conformément aux dispositions de code du travail du Québec." (Article 5.01)
>
> "Aucune entente particulière relative à des conditions de travail différentes de celles prévues dans la présente convention, ou aucune entente particulière relative à des conditions de travail non prévues dans la présente convention, entre un salarié et l'employeur, n'est valable à moins qu'elle n'ait reçu l'approbation écrite du syndicat." (Article 5.03)

Les articles 5.01 et 5.03, sont lus en concordance avec les artiles 21 et 26 de la loi sur les négociations collectives dans les secteurs de l'éducation, des affaires sociales et des organismes gouvernementaux (L.Q. 1974 ch. 8).

> "Sous réserve de l'article 26, doivent pour être valides, être négociées et agréées à l'échelle provinciale les stipulations des conventions liant les établissements et les associations de salariés." (Article 21).
>
> Les stipulations négociées et agréées à l'échelle provinciale suivant les dispositions de la présente section peuvent permettre, dans ce cadre et suivant les modalités qu'elles indiquent, des stipulations à convenir localement entre les associations de salariés et les établissements." (Article 36).

Par ailleurs, à partir de 1978, les stipulations de conventions collectives liant les établissements et les associations de salariés ont été régies par une nouvelle loi. Elles ont été en effet régies par la loi sur l'organisation des parties patronale et syndicale aux fins des négociations collectives dans les secteurs de l'éducation, des affaires sociales et des organismes gouvernementaux, L.Q. 1978 - c.14. Les articles 2, 3, 4 et 5 prévoient:

"Le présent chapitre s'applique à toute convention collective liant une association de salariés et une commission scolaire, un collège ou un établissement.

"Les stipulations d'une telle convention collective sont négociables et agréées à l'échelle nationale ou à l'échelle locale ou régionale conformément aux dispositions qui suivent." (Article 2)

"Les stipulations négociées et agréées à l'échelle nationale portent sur toutes les matières que contient la convention collective visée à l'article 2. Elle prévoit toutefois que certaines matières sont susceptibles de faire l'objet d'avancements au sens de l'article 4 ou de stipulations négociées ou agréées à l'échelle locale ou régionale, conformément à l'article 5." (Article 3)

"Les parties à une convention collective visée dans l'article 2 peuvent négocier et agréer à l'échelle locale ou régionale des arrangements relatifs à la mise en oeuvre des stipulations et agréées à l'échelle nationale, dans la mesure où ces dernières y pourvoient;" (Article 4)

"Les parties à une convention collective visée dans l'article 2 peuvent négocier et agréer des stipulations à l'échelle locale ou régionale.

"Les matières sur lesquelles portent ces négociations ainsi que le cadre de leur déroulement sont prévus dans des stipulations négociées et agréées à l'échelle nationale entre le deux cent soixante-dixième et le cent quatre-vingtième jour précédant la date d'expiration de la convention collective. Les matières qui n'ont pas ainsi été définies à l'expiration de ce délai font l'objet de stipulations négociées et agréées à l'échelle nationale à moins que le gouvernement décide autrement." (Article 5)

Comme on le voit, la nouvelle loi garde l'esprit essentiel de la législation de 1974: A savoir, elle maintient comme parties habilitées à négocier des ententes ou des arrangements les seules parties nationales, sauf sur les matières sur lesquelles ces parties nationales conviennent que ces matières pourraient faire l'objet d'arrangements ou de stipulations agréées à l'échelle locale. Bref, l'esprit de la loi de 1978 est aussi fortement marqué par une conception centralisatrice de la négociation à cause de son poids financier et des effectifs impliqués.

Dans un tel contexte, il va de soit que la locomotive institutionnelle demeure l'établissement hospitalier. Celui-ci imposera les termes de références - salaire et conditions de travail - autour desquels l'ensemble des établissements du réseau devra tantôt se greffer, tantôt s'inspirer. Cette logique "hospitalocentrique" interdira encore longtemps une autonomisation partielle des établissements selon leur vocation propre.

Un premier pas dans cette direction aura été timidement fait en 1985 avec l'adoption à la Loi 37 (Chapitre 12 des lois de 1985), qui suivait, faut-il le rappeler les décrets imposants les conditions de travail et les salaires pour la période 1982-1985 dans ces secteurs publics et para publics.

Outre de modifier de nouveau le cadre de la négociation des conventions collectives dans le secteur de l'éducation, des affaires sociales et des organismes gouvernementaux et de déterminer les matières susceptibles de faire l'objet de négociations à l'échelle locale ou régionale et des matières pouvant faire l'objet d'arrangements locaux, la Loi 37 (Chapitre 12 des lois de 1985) créait un institut de recherche et d'information sur la rémunération, établissait un nouveau mode de détermination cas des salaires et des échelles de salaires des deuxième et troisième années de la convention, modifiait les mécanismes de règlement des différends et conférait certain pouvoir du conseil des services essentiels en cas de conflits dans les services publics.

Le mode de négociation prévu par la Loi 37 (Chapitre 12 de 1985) peut se résumer de la manière suivante en ce qui a trait au seul secteur des affaires sociales.

. Un comité patronal syndical de négociation pour le secteur.

. Des sous-comités de négociation sont constitués selon les catégories d'établissements, dont les C.L.S.C.

. Le comité patronal est composé des présidents, vice-présidents des sous-comités des catégories d'établissements, alors que la composition de ces derniers est déterminée pour la moitié par le ministre des Affaires Sociales et par l'autre moitié par le groupement d'établissements selon la catégorie.

. Le comité de négociation (national) détermine les stipulations qui peuvent faire l'objet de négociation par les sous-comités et par les parties au niveau local.

. Les négociations locales ou régionales ne peuvent porter sur les salaires, ni faire l'objet d'un différend, c'est-à-dire lock-out ou grève.

. Un désaccord entre les parties au niveau local peut être tranché par un arbitre-médiateur.

. Outre les stipulations autorisées par les parties nationales à être négociées au niveau local, la loi prévoit et autorise les parties locales une fois que la convention collective est entrée en vigueur à convenir d'arrangements en vue de la mise en oeuvre ou du remplacement d'une stipulation de la convention collective qui a été négociée et agréée à l'échelle nationale sur une matière par ailleurs déterminée par l'annexe B de la loi.

. L'annexe B de loi, stipule la liste suivante des matières pouvant faire l'objet d'arrangements convenus à l'échelle locale ou régionale, dans le secteur des affaires sociales.

I- SECTEUR DES AFFAIRES SOCIALES:

1° Règles d'éthique entre les parties
2° Reconnaissance syndicale
3° Régime syndical
4° Retenues syndicales
5° Affichage d'avis
6° Conditions à respecter lorsque l'employeur convient d'un contrat à forfait
7° Dossier salarié:
- éléments constitutifs du dossier
- consultation du dossier par le salarié
8° Procédure de griefs
9° Procédure d'arbitrage
10° Durée et modalités de la période de probation
11° Reconnaissance des années d'expérience
12° Conditions à respecter lors de fusion de poste
13° Poste temporairement dépourvu de son titulaire:
- définition
- circonstances requises pour le combler
14° Modalités de mise en place de l'équipe volante
15° Modalités de déplacement à l'intérieur de l'établissement
16° Règles applicables aux salariés lors d'affectation temporaire
17° Règles de mutations volontaires à l'intérieur de l'établissement à l'exclusion de celles relatives aux salariés bénéficiant de la sécurité d'emploi et de celles relatives à la rémunération
18° Prodcédure de supplantation
19° Aménagement des heures et de la semaine de travail
20° Modalités relatives à la prise du temps supplémentaire, au rappel au travail et à la disponibilité, et ce à l'exclusion des taux
21° Les congés fériés à l'exclusion du quantum
22° Les vacances annuelles à l'exclusion du quantum et de la rémunération
23° Octroi et conditions applicables lors de congé sans solde
24° Assurance-responsabilité
25° Corporations professionnelles
26° Pratique et responsabilité professionnelle
27° Condition particulières lors du transport des bénéficiaires
28° Perte et destruction de biens personnels
29° Activités à l'extérieur de l'établissement avec les bénéficiaires
30° Règles à suivre lorsque l'employeur requiert le port d'uniformes

31° Vestiaire et salle d'habillage
32° Modalités de paiement des salaires
33° Etablissement d'une caisse d'économie
34° Mode de fonctionnement des comités locaux prévus de la convention collective
35° Allocations de déplacement à l'exception des quanta

- Un arrangement n'est possible que s'il y a accord des deux parties.

- Sur les matières définies comme étant l'objet de stipulations négociées à l'échelle locale, les parties peuvent en tout temps, négocier et agréer le remplacement, la modification, l'addition ou l'abrogation d'une stipulation de la convention collective.

Il est encore trop tôt pour faire le bilan de cette législation. On doit tout de même constater qu'elle n'a pas empêché les parties de finalement en arriver à des ententes négociées dans le secteur des affaires sociales comme dans celui de l'éducation. Lorsque nous affirmons que la Loi 37 n'a pas empêché les ententes, comme on l'aura compris, c'est parce que nous sommes dans l'impossibilité d'affirmer qu'elle les a favorisées.

A l'heure d'écrire ces lignes, nous sommes en effet dans l'ignorance des matières sur lesquelles les parties nationales ont convenu d'autoriser des négociations locales, ni le résultat de telles négociations si elles ont eu lieu; de plus, aucune sentence arbitrale ne peut avoir été rendue sur d'éventuels désaccords dans le cadre des négociations locales. Enfin, aucun arrangement ne peut avoir raisonnablement affecté les matières prévues à l'annexe B, les textes des ententes n'ayant pas été officiellement déposés au ministère du travail au moment de rédiger le présent rapport.

Bref, sur la question capitale de la décentralisation de la négociation, on ne connaît pas l'efficacité de la Loi 37. D'autant que la contestation de cette législation a reçu un accueil sympathique de la part de la Cour supérieure,[1] et/ou ne connaîtra pas avant longtemps son sort ni son effet véritable.

1 Jugements du juge Viau.

L'ensemble des législations envisagées depuis 1974, et qui ont eu des effets permanents sur l'organisation des relations de travail dans les C.L.S.C. nous obligent à constater qu'un établissement comme un syndicat local d'un C.L.S.C. particulier n'ont jamais pu légalement, et ne peuvent toujours pas par eux-mêmes, négocier une convention collective au niveau local.

Ils doivent donc, selon chacun, l'employeur et le syndicat, donner des mandats à un agent négociateur au plan national qui devra les représenter collectivement. Ainsi pour le syndicat local, l'agent négociateur est nommé par l'ensemble des syndicats affiliés à la F.A.S. (C.S.N.), ce qui élimine la possibilité pour le syndicat local de conclure avec l'employeur des ententes locales, sauf si la convention collective prévoit expressément le droit pour les parties de conclure des arrangements locaux sur des sujets bien précis.

Comme nous l'avons vu dans un chapitre précédent cette interprétation restrictive des pouvoirs des parties locales à négocier et à conclure des ententes locales sera à la source d'un conflit majeur dans l'histoire des relations de travail dans les C.L.S.C. Jusqu'en 1979, et en particulier en 1976, de nombreuses ententes locales avaient été négociées et conclues au niveau local, stipulant des conditions particulières, différentes et supérieures à la convention générale liant les C.L.S.C. Ces ententes locales ont été annexées à l'entente nationale et déposées au ministère du Travail comme si elle faisait partie intégrante de la convention collective des établissements concernés.

Par ailleurs, dans le sens strict de l'article 5.01 ci-haut, les parties ont convenu à l'échelle nationale que les parties au niveau local, dans la mesure où cela était précisé dans la convention générale, que des arrangements locaux sur des sujets bien précis et déterminés pouvaient être négociés: par exemple, l'emplacement de tableaux d'affichage, le registre des postes, le système d'horaire flexible. Retenons ici que ces arrangements ne touchent en rien, ni n'affectent directement ou indirectement quelques éléments essentiels de la convention collective nationale.

Cette centralisation de la négociation collective qui a affecté dès le départ l'autonomie réelle des C.L.S.C. et leur(s) syndicat(s) accrédités renvoie aux conditions historiques générales de la négociation des conventions collectives dans le secteur public et para public québécois. En particulier, cette centralisation résulte du double mouvement d'unification et de législation des rapports conflictuels de travail dans le secteur public et para public québécois de 1966 à 1972. Il est dès lors impensable qu'à leur création en 1974, les C.L.S.C. échappent au moment de leur formation aux mécanismes et règles de procédures régissant la négociation mais également le contenu même des conventions collectives.

Or, il se trouve que dans le réseau des affaires sociales, le poids historique et numérique du réseau hospitalier, avant comme après la Loi 65, aura un effet capital sur le modèle (pattern) de conventions collectives du secteur des affaires sociales. C'est en effet la convention collective intervenue entre le comité patronal de négociation du secteur des affaires sociales représentant un groupe d'établissements membre de l'Association des hôpitaux de la province de Québec et la Fédération des affaires sociales (C.S.N.) et ses syndicats affiliés qui constituera la convention de base pour l'ensemble des établissements des affaires sociales, y compris les C.L.S.C.

Ce résultat non recherché par les parties mais ayant pour résultat d'imposer le modèle hospitalier d'organisation du travail et de relations patronales-syndicales dans tout le réseau des affaires sociales interdisait un renouvellement le moindrement original et spécifique des relations de travail, qui aurait pu émerger des C.L.S.C. ou de tout autre élément du réseau mis sur pied après l'adoption de la Loi 65. D'autant que, dans la période de gestation des C.L.S.C. le secteur hospitalier trouvait une source de régulation de ses rapports de travail dans le modèle industriel fordiste. C'est dire ici, pour résumer, que les concessions sur les droits de gérance trouvaient leur contrepartie dans la progression continue des salaires. En fait cette logique fordiste consacre la rupture entre la conception (désormais patronale exclusivement) et l'exécution (toujours ouvrière) du travail, logique pour le moins étrangère à l'approche pluridisciplinaire des C.L.S.C.

. La convention collective des hôpitaux et celle des C.L.S.C.

Ainsi lors de l'intégration des C.L.S.C. à une convention nationale en 1976, les conditions de travail dans ces établissements constituent une annexe à la convention générale de base du secteur hospitalier. Elles sont définies comme des "particularités" de la convention collective intervenue entre le comité patronal de négociation du secteur des affaires sociales représentant un groupe d'établissements membre de la Fédération des C.L.S.C. du Québec et la Fédération des affaires sociales et ses syndicats affiliés. Pour la période 1976 à 1979, sur 46 articles généraux de la convention collective, de base prévus au secteur hospitalier, seulement quinze (15) sont modifiés par les particularités convenues pour les C.L.S.C. Plus encore, sur les 159 paragraphes prévus par ses articles, 75 seulement modifient une partie ou entièrement les paragraphes de la convention collective de base des hôpitaux.

Les articles visés par les particularités de la convention collective des C.L.S.C. concernent les objets suivants:

- Les définitions et l'affectation de travail
- Le préambule sur le règlement des litiges
- L'arbitrage
- L'ancienneté
- Les mutations volontaires
- Les années d'expérience antérieure
- Les heures de travail
- Le comité paritaire des relations de travail
- La protection de privilèges acquis
- Les contrats d'entreprises
- Les titres d'emploi, libellés et échelles de salaire
- Les primes de chef d'équipe
- Le comité de bien-être des salariés
- La formation
- La durée et la rétroactivité

Cette énumération, même s'il y est prévu des objets majeurs de la convention, ne rend pas compte de l'importance des particularités créées par l'entente particulière des C.L.S.C. Le plus souvent, ces paragraphes introduisaient une dérogation mineure au contenu de la convention de base.

Pour la période 1979 à 1982 qui couvre sa seconde période où s'intègrent les C.L.S.C. à la convention nationale, (3ième front commun), sur les 51 articles généraux de la convention de base prévus au secteur hospitalier, seulement dix (10) (au lieu de 15 dans la précédente convention 1976-79) sont modifiés par les particularités convenues pour les C.L.S.C. Plus encore sur les 513 paragraphes prévus par ces articles, 19 seulement modifient, en partie ou entièrement, les paragraphes de la convention collective de base des hôpitaux.

Les articles visés par les particularités de la convention collective des C.L.S.C. concernent les objets suivants:

- Définition de salaire temporaire. a. 1.04.
- La notion de poste et d'unité de travail a. 1.11 et 1.12
- L'équipe de remplacement a. 1.19
- Procédure régulière d'arbitrage a. 11.11
- L'ancienneté a. 12.06
- Indications de l'affichage a. 13.02
- Définition de localité pour la sécurité d'emploi a.15.05
- Années d'expérience antérieure a. 17.01
- Heures et semaine de travail a. 18.01 à 18.14
- Protection des privilèges acquis a 27.03
- Contrat d'entreprise a. 28.03
- Comité de bien-être des salariés a. 33.01 à 33.10
- Calcul des salaires a. 45.31, 45.32
- Durée rétroactivité a. 45.37, 45,38

Encore ici, cette énumération, même si elle vise certains objets majeurs de la convention collective ne rend pas compte de l'ampleur et de l'importance des particularités créées par l'entente particulière des C.L.S.C. Non seulement les paragraphes spécifiques aux C.L.S.C. introduisent le plus souvent une dérogation mineure au contenu de la convention de base mais encore des objets entiers qui, entre 1976-79, faisaient l'objet de particularités sont désormais entièrement intégrés à la convention de base. Il s'agit des objets suivants:

- Définition de salaire
- Définition de salaire à temps complet
- Définition de salaire à temps partiel
- Période de probation
- Poste temporairement dépourvu de titulaire
- Liste de rappel
- Promotion
- Transfert
- Retrogradation
- Déplacement
- Titre d'emploi
- Règlement des litiges
- Années d'expérience antérieure
- Protection des privilèges acquis (2 paragraphes sur 3)
- Contrat à forfait (2 paragraphes sur 3)
- Titres et libellés d'emploi et échelles de salaire
- Formation
- Durée et rétroactivité (11 paragraphes sur 12)

Quant aux décrets tenant lieu de convention collective entre 1982 et 1985, adoptés en vertu du chapitre 35 des lois du Québec de 1982 quant à la rémnération (Loi 70) et en vertu du chapitre 45 des lois du Québec de 1982 quant aux conditions de travail (Loi 105) ils n'auraient pas élargi davantage la logique et le processus d'intégration de la convention collective des C.L.S.C. à la convention dite de base des hôpitaux.

En effet, le caractère exceptionnel des législations interdisait, sur le plan politique que l'Etat profite du décret pour modifier en entier les textes historiques régissant les conditions de travail des employés de l'Etat. A l'exception de quelques paragraphes ayant une incidence monétaire, le gouvernement péquiste n'a pas voulu modifier radicalement, par décret unilatéral, le contenu de la précédente convention; la réduction de 20 % des salaires étant à coup sûr déjà difficile à avaler pour les parties syndicales.

Signalons ici que le décret visant les C.L.S.C. ont peu modifié la convention précédente. Cela se comprend aisément compte tenu du caractère unilatéral et politiquement délicat d'une telle décision gouvernementale.

Ces modifications unilatérales ont affecté:

1° Le paragraphe 13.19 concernant certaines procédures dans le cas de transfert et de rétrogradation

2° Le paragraphe 14.06A concernant des remboursements de dépenses dans le cas de changement d'oeuvre avec création d'un nouvel établissement, de fermeture totale d'établissements, de fusion d'établissements et de fusion de service.

3° L'article 33 sur la formation d'un comité provincial de bien-être des salariés.

4° Le paragraphe 37.01 concernant certains frais de déplacement impliquant les frais d'automobile.

5° Le paragraphe 39.03 et 04 concernant la formation et les frais budgétaires de la mise à jour du personnel

6° Le paragraphe 46.12 concernant les règles d'application des primes pour les salariés

7° L'alinéa 2 de l'article 49 concernant la nomination de personnes à certains comités.

L'analyse longitudinale des conventions collectives et des décrets ayant affecté les C.L.S.C. nous conduit à conclure que le réeau des C.L.S.C. a été l'objet d'une homogénéisation des conditions de travail sous l'emprise du modèle hospitalier de relations de travail et de conditions de travail.

Nous utilisons l'expression "modèle hospitalier" à des fins illustratrices d'une forme structurelle d'organisation du travail qui a modelé le réseau des affaires sociales, et ce de manière progressive depuis la fin des années '70. Premiers établissements avec ceux de l'éducation qui bénéficièrent de la syndicalisation du secteur public, les hôpitaux vont donc devenir à la fois le fer de lance et la référence de ce qui deviendra plus tard le réseau des affaires sociales.

. Des ententes locales pour les détails

L'homogénéisation des conditions de travail sous l'emprise du modèle hospitalier ne laisse aucune place à des ententes locales autres que celles prévues par les parties nationales qui sont les seules habilitées à nécogier. La liste des objets possibles de négociation confirme donc la tendance à l'homogénéisation.

Les objets de la négociation locale ont existé depuis 1976, date de la première intégration des CLSC à la convention collective nationale au moyen de particularités annexées à la convention de base des hôpitaux. Ces objets de négociation locale autorisés par les parties nationales dans la convention sont d'une nature et d'une portée plus que limitées. Ils n'ont pas subi de modifications importantes depuis 1976 et les objets de ces négociations locales n'ont jamais été un enjeu déterminant au niveau national. Dans le décret régissant les relations des parties entre 83 et 85, les objets faisant partie de la négociation locale sont:

1.10 (Période de probation)

(...)

(a) Les salariés non-professionnels affectés au travail social et communautaire y compris le préposé à l'accueil et l'auxiliaire familial: cent quatre-vingt jours [illegible]calendriers sauf si cette règle est contredite localement par les parties.

1.27 La liste de rappel est utilisée pour combler des postes temporairement dépourvus de leur titulaire pour combler des surcroîts temporaires de travail pour exécuter des travaux à durée limitée (inférieure à 6 mois) sauf entente entre les parties ou pour toutes autres raisons convenues entre les parties.

8.03 L'emplacement et le nombre de tableaux d'affichage font l'objet d'arangements locaux dans les 50 jours de la signature de la convention.

9.05 (Liberté d'action syndicale)

Dans les cas où pour une raison imprévisible ou urgente le délai de 10 jours de calendrier prévu aux paragraphes 9.02 et 9.03 ne peut-être respecté, le syndicat communique par écrit les raisons pour lesquelles les 10 jours n'a pas été respecté.

Les horaires de travail de ces salariés ne sont d'aucune façon modifiés du fait desdites libérations à moins d'entente entre les parties.

13.08 Dans chaque établissement, un registre des postes est établi sauf si les parties en décident autrement. Si tel registre existe, les parties s'entendent sur les modalités d'opération d'un tel registre y compris la transmission de l'inscription au syndicat.

18.03 Le salarié a droit à deux (2) périodes de repos de 15 minutes par journée de travail. Cependant, il ne peut prendre ses périodes de repos ni au début ni à la fin

de la journée de travail ni comme prolongement de la période de temps alloué pour les repas.

Toutefois, les parties peuvent s'entendre localement afin de permettre aux salariés travaillant localement sur les quarts de soir ou de nuit d'accoler leur période de repos à leur période de repas.

18.06 Les heures d'ouverture sont établies en fonction des besoins de la clientèle après discussion avec le syndicat.

18.07 (...)

Les parties peuvent convenir au niveau local de l'instauration d'un système d'horaire flexible.

18.09 Lorsque les besoins exigent du personnel de soir et/ou de nuit, les salariés sont affectés sur ces quarts selon les dispositions des articles 18.10, 18.11 et 18.12 à moins que les parties locales n'en conviennent autrement.

20.01 L'employeur reconnaît et observe avant l'année (1er juillet au 30 juin) treize (13) congés fériés, incluant Noël, le Jour de l'An et la Fête nationale. La liste des autres congés est déterminée par les arrangements locaux.

(...)

41 L'employeur rencontre les représentants du syndicat sur toutes les questions relatives à la santé-sécurité.

y

Les modalités de représentation et de fonctionnement des parties lors de ces rencontres sont convenues au niveau local.

43 Les conditions de travail particulières applicables aux salariés pour accompagner les bénéficiaires à une activité extérieure de plus de vingt-quatre (24) heures font l'objet d'aménagements locaux.

Par ailleurs, ces articles n'inspirent apparemment ni les syndicats locaux, ni les directions locales. Depuis 1961, les ententes signées localement sont peu nombreuses (voir le tableau) et concernent généralement des "sujets marginaux"[6] ou mieux de "petits détails"[7]. Comme nous le disait un directeur général "une fois la convention signée, le travail au niveau des ententes locales est restreint parce que tout se règle à partir de la convention." C'est sans doute pour cette raison que certains présidents de syndicats nous ont dit que chez eux il n'y avait pas d'ententes locales alors qu'il en existe dans tous les C.L.S.C. Elles portent généralement sur les aménagements pour la vie syndicale et sur des conditions de travail sans incidence monétaire comme telles:

- l'utilisation des libérations syndicales (article 9.08);
- le tableau d'affichage à des fins syndicales comme le prévoit l'article 8.01;
- l'usage par le syndicat d'un classeur (article 9.10);
- le local syndical (article 9.15);
- la liste des congés fériés (article 20.02);
- les vacances annuelles (article 35.03);
- la période allouée pour les repos (article 16.03);
- etc.

Certaines ententes prévoyant les conditions de travail d'un salarié (article 5.03) ont également été signées. L'Alliance des infirmières de Montréal (FQII) est beaucoup plus portée que les syndicats C.S.N. à signer des ententes pour un cas individuel conformément à l'article 5.03. Ainsi, au C.L.S.C. des Mille-Iles, ce syndicat a signé pas moins d'une douzaine d'ententes de ce genre afin de permettre à l'un ou l'autre de ses membres de travailler quatre jours par semaine tout en conservant les avantages du temps plein, à plusieurs de ses salariés.

---

6 Philippe LUPIEN. Directeur général de la F.C.L.S.C., Lettre à D. LAZURE, 2 mars 1977.

7 Entrevue auprès du Directeur général du C.L.S.C. Huntingdon, décembre 1986.

Enfin, les transferts des D.S.C en 1983 et des C.S.S. en 1985 ont donné lieu à la signature de protocoles d'entente où l'on retrouve parfois des ententes locales signées antérieurement au transfert. Mais, dans ce cas, on ne peut proprement parler d'ententes locales puisque, d'une part, il s'agit d'ententes signées antérieurement et que d'autre part ce protocole est le fruit d'une entente entre la Fédération des Affaires Sociales (C.S.N.) et le Comité Patronal de Négociation du Secteur des Affaires Sociales (C.P.N.A.S.).

Que retenir sinon que les ententes locales actuelles n'ont rien à voir avec celles qui avaient cours avant 1980. Les ententes locales actuelles sont peu nombreuses et portent sur des détails. En fait, loin de remettre en cause l'uniformisation des conditions de la pratique professionnelle, elles y participent en prévoyant dans le détail les aménagements possibles au niveau local. Si l'on exclut celles portant sur les conditions de travail d'un salarié comme le prévoit l'article 5.03, la plupart de celles qui ont été signées concernent des aménagements pour la vie syndicale. En somme ces ententes se situent carrément dans un cadre de négociation relevant du compromis salarial fordiste où le local n'a pas ou n'a que très peu de place.

2. Souplesse et rigidité de la convention

Nous avons expliqué dans l'introduction de cette partie que les formes structurelles comme la convention collective pouvaient constituer à la fois des éléments de souplesse et de rigidité. Au départ, les formes structurelles d'un compromis se caractérisent davantage par leur souplesse que par leur rigidité. Elles fixent les règles du jeu et permet ainsi de canaliser les conflits dans des projets et des entreprises. Cependant, ces formes dans la mesure où le compromis éclate, ne réussissent plus à réguler "productivement" les conflits: elles apparaissent alors de plus en plus rigides.

Dans un premier temps, nous analyserons la convention collective au regard des pouvoirs de la direction pour voir comment elle permet ou non de répondre à la demande sociale avec souplesse. Dans un deuxième temps, nous tenterons de

montrer comment la convention collective actuelle en raison de sa rigidité (ex.: la séparation entre la conception et l'exécution) favorise l'autoritarisme du mode de gestion en cas de conflit et comment un tel autoritarisme en raison de l'insatisfaction qu'il provoque chez les employés se révèle inefficace.

Historiquement, le développement du syndicalisme, la légalisation progressive de son existence et de ses activités et la judiciarisation des relations contractuelles ont conduit à une limitation contractuelle des droits et pouvoirs des employeurs dans la gestion de la force de travail. Contrairement à ce qu'on laisse croire souvent, cette limitation des droits et pouvoirs des propriétaires et de ses administrateurs n'a pas conduit à la disparition du droit de la direction des entreprises ou des établissements mais plutôt consiste le plus souvent à une définition restrictive des règles qui régissent les conditions de travail des salariés.

Jusqu'à tout récemment au Québec, la conception exclusive dans l'approche des relations de travail en rapport avec les droits de la direction a été dominée par notre code civil. Fondé sur le droit de propriété, le code civil présuppose le droit absolu de l'employeur à exercer son autorité sur les employés, le droit d'administrer ses affaires comme il l'entend dans la mesure où, d'une part, son intervention n'est pas contraire à l'ordre public ni, d'autre part, avec une modalité spécifique de la convention collective. Dans ce dernier cas, une violation par l'employeur n'autorise pas l'employé à désobéir, mais à soumettre son désaccord à l'arbitrage. Le tribunal saisi du litige ne pourra décider d'une question qui ne serait pas incluse dans la convention collective ni modifier le contenu ou la portée de celle-ci sans excéder sa juridiction.

Par ailleurs, il faut signaler que toute une série de législations sont venues nuancer sinon atténuer le caractère absolu du droit de direction: le code du travail, la loi sur les normes du travail, la loi sur la santé et sécurité du travail, la charte des droits et libertés, etc.[8]

8 Voir Gérard DION, Dictionnaire canadien des relations de travail, Québec, P.U.L.

L'approche civiliste des relations de travail fondée sur le lien de subordination des salariés est susceptible, par sa logique même, de dynamiser une relation conflictuelle de travail. Si elle peut satisfaire encore aujourd'hui la majorité des employeurs, il n'est pas certain qu'elle corresponde aux nouvelles réalités sociales et au rôle sociétaire des entreprises comme productrices de biens et services collectifs, d'autant que les entreprises ont souvent aujour'hui un caractère public.

Le droit de propriété dans ce dernier cas ne peut être le légitimateur d'un droit de direction, même si la conduite de certaines directions d'établissements nous laisse parfois croire qu'elles en sont les véritables propriétaires[9] Dans ce contexte, des auteurs soulignent l'émergence d'une nouvelle approche des relations de travail et de la place de la convention collective.

Selon l'approche institutionnelle, l'autorité patronale sur les salariés origine davantage de son rôle social de producteur de biens et services. Ce courant de pensée appuie son argumentation sur l'idée que la convention collective est la loi des parties, ses deux partenaires (l'employeur et le syndicat) étant égaux par rapport à la loi.

Dans ce contexte, un contrat ne s'interprète pas nécessairement à la faveur de l'employeur. Ainsi ce qui ne serait pas prévu dans la convention collective pourrait être partagé selon son véritable objet, esprit et fin. De plus, l'autorité étant issue d'une responsabilité sociale, il y aura en conséquence exception au devoir d'obéissance si le dommage d'obéir est plus grand pour le salarié que l'intérêt de l'employeur.

Le coup d'envoi d'un tel mode de pensée fut donné par le juge B. Laskin lorsqu'il siégeait à la Cour d'appel de l'Ontario dans l'affaire Peterborough Lock Manufacturing (4 Lag 1499 1502):

---

9 Paul R.BELANGER, B. LEVESQUE, Y. BERTRAND, F. LEBEL. La bureaucratie contre la participation; Le C.L.S.C. Berthier, Montréal, Département de sociologie, 1986.

"It is a very superficial generalization to contend that a collective agreement must be read as limiting an employer's pre-collective bargaining prerogative only the extent expressly stipulated. Such a generalization ignores completely the climate of employer-employee relations under a collective agreement."

Cette affaire fait ressortir les points suivants:

1° Percevoir la convention collective strictement comme une limite aux droits de l'employeur ignore le climat des relations patronales ouvrières qui lui a donné naissance.

2° Le passage du contrat individuel de travail au contrat collectif est un changement qui affecte la nature même des relations entre un patron et ses employés et non pas seulement un changement dans un niveau ou un degré de relations humaines.

3° La convention collective doit être interprétée comme un tout (i.e. une loi commune des parties) en fonction des pratiques passées et du contexte dans lequel se sont déroulées les négociations collectives.

4° L'absence de spécifications contractuelles ne signifie pas pour autant qu'un syndicat n'a aucun recours. Ainsi, un arbitre peut déterminer les droits des parties à la lumière de la totalité de la convvention collective.

5° La convention collective est fondamentalement conçue pour prévoir une série de changements à long terme dans les rapports collectifs de travail. Elle est un instrument au service des deux parties. De plus, elle doit répondre à des besoins en constante évolution.[10]

---

10 Jean-Claude BERNATCHEZ. " Les droits de la direction sur la main-d'oeuvre syndiquée", Administration hospitalière et sociale, Vol. XXVII, 1984.

Même si cette approche n'a pas fait école dans les tribunaux supérieurs québécois ni à la Cour Suprême, l'auteur souligne que les arbitres québécois se montrent de plus en plus sensibles à cette perspective. Reconnaissons toutefois que ce renversement de la problématique suppose probablement un changement de nos cadres juridiques et des mentalités des entrepreneurs et gestionnaires des entreprises, publics comme privés.

En tout état de cause, il nous paraît opportun d'exa- miner ici si les termes même de la convention collective ou du décret qui en tenait lieu jusqu'en 1986 stipulaient des obstacles ou des limites majeures au pouvoir de direction des C.L.S.C. ou encore constituaient des éléments de rigidités excessives qui empêchaient la production de services. Pour ce faire nous avons utilisé le guide d'interprétation de la convention collective utilisé par les gestionnaires du réseau des C.L.S.C. A l'occasion, nous ferons référence aux commentaires formulés par les directeurs généraux des six C.L.S.C. de notre échantillon.

Il nous permet de saisir si l'employeur lui-même perçoit les éléments essentiels de la convention comme des contraintes ou des obstacles à sa direction ou comme des éléments de rigidités. A la suite de chacun des articles que nous pensons devoir citer in extenso, nous résumerons les commentaires du guide qui s'y rattache. Arrêtons-nous d'abord sur les droits de la direction et de reconnaissance syndicale, puis sur les pertes et mutations pour terminer avec les horaires et les heures de travail.

. Droits de la direction et reconnaissance syndicale

Sur les droits de la direction, l'article 4 indique:

> "Le syndicat reconnaît le droit de l'employeur à l'exercice de ses fonctions de direction, d'administration et de gestion de façon compatible avec les dispositions de la présente convention." (Article 4)

Pour la F.C.L.S.C., les dispositions de cet article sont sans équivoque quant à la consécration du droit de l'employeur d'établir tout règlement et politique en matière de gestion administrative. Même si les règlements et politiques doivent être connus de tous les salariés, cet article donne l'entière initiative dans l'action à l'employeur dans son rôle de gestionnaire.

C'est ainsi qu'en matière d'abolition de poste (vacant ou non), le droit de gérance de l'employeur qui désire réorganiser ses services compte tenu du changement dans les besoins de la clientèle, est généralement reconnu par la jurisprudence. Ainsi, l'employeur peut abolir un poste à temps complet pour en créer un à temps partiel si les besoins diminuent en autant, bien sûr, qu'il s'agisse d'une abolition réelle (C.L.S.C., Mont-Joli, F.C.L.S.C.Q. 722-00-03,). Par ailleurs, l'arbitre Jean-Guy Clément a déjà reconnu à l'employeur un droit de gérance en matière de tenue vestimentaire des salariés (C.L.S.C., Kateri, F.C.L.S.C.Q. 451-00-01).

Le droit de gérance de l'employeur s'exerce sur toute matière non prévue à la convention collective et ce, sans entente avec le syndicat (perfectionnement, tempête de neige, tenue vestimentaire, stationnement).[11]

> "L'employeur reconnaît par les présentes, le syndicat comme étant le seul et unique agent négociateur aux fins de négocier et de conclure une convention collective de travail, au nom et pour tous les salariés couverts par le certificat d'accréditation émis conformément aux dispositions du Code du travail du Québec". (Article 5.01)

Cet article, même s'il n'en fait pas référence, doit s'interpréter en conformité avec la Loi 55 (avant la Loi 37) qui éliminait en pratique la possibilité pour le syndicat local de conclure avec l'employeur des ententes locales sauf si la convention nationale prévoit expressément ce droit.[12]

11 F.C.L.S.C. Guide d'interprétation de la convention collective, Montréal, p. 40-41.

12 Voir à ce propos notre analyse des aspects juridiques de la négociation locale.

"Aucune entente particulière relative à des conditions de travail différentes de celles prévues dans la présente convention, ou aucune entente particulière relative à des conditions de travail non prévues dans la présente convention, entre un salarié et l'employeur, n'est valable à moins qu'elle n'ait reçu l'approbation écrite du syndicat." (Article 503)

Par ententes particulières on entend une entente individuelle qui déroge à la convention collective. La F.C.L.S.C. précise que les ententes particulières ont des incidences qui peuvent affecter les négociations futures ou avoir un effet d'entraînement au C.L.S.C. Elle suggère de n'utiliser qu'en dernier ressort et de façon exceptionnelle cette procédure.[13] Sur ce point, la partie syndicale soutient le même point de vue comme nous l'avons vu précédemment.

. Notion de poste et mutation

Le poste et l'unité de travail sont ainsi définis:

"Poste

Désigne un ensemble de devoirs, attributions et responsabilités requérant les services d'un salarié à l'un ou l'autre des titres d'emploi prévus à la présente convention, à l'intérieur d'une unité de travail." (Article 1.11)

"Unité de travail

Désigne un groupe de salariés couverts par l'unité de négociation, exerçant leurs fonctions sous la responsabilité d'un même supérieur immédiat à l'intérieur d'un même module ou programme permanent.

Pour fins d'application de la présente convention, une unité de travail équivaut à un service."(Article 1.12)

13 Ibid, p. 42.

Ces deux éléments, poste et unité de travail, sont les points charnières de la convention collective des C.L.S.C. D'une part, le poste tout en désignant un ensemble de devoirs, attributions et resonsabilités correspondant par exemple au titre d'emploi de travailleur social, d'agent de relations humaines, etc., (titres d'emploi que l'on rerouve définis à l'article 47 de la convention) n'est pas limité ni assujetti à ces définitions. Si les tâches à accomplir ne correspondent pas en totalité à un seul titre d'emploi, rien n'empêche l'employeur de fusionner deux titres d'emploi afin d'obtenir un regroupement d'attributions correspondant le plus fidèlement possible à la tâche à accomplir. Contrairement aux autres conventions du réseau des affaires sociales, la fusion des postes dans les C.L.S.C. n'est pas soumise à certaines formalités.[14]

Le paragraphe 1.11 est à ce titre en parallèle avec d'autres articles de la convention qui ajoutent encore à la souplesse administrative dont jouit l'employeur. Ainsi en est-il de l'article 13.01 qui stipule que:

> "Tout poste vacant ou nouvellement créé, couvert par l'accréditation, doit être affiché aux endroits habituels durant une période de quinze (15) jours; l'employeur transmet copie de l'affichage au syndicat (Article 13.01)".

Le mécanisme d'affichage des postes vacants ou nouvellement créés vise à permettre aux salariés d'accéder dans la mesure du possible à des fonctions plus rémunératrices et plus satisfaisantes.

Il est important de rappeler que l'affichage d'un poste vacant n'est pas toujours automatique. En effet, il appartient à l'employeur de déterminer si le poste vacant doit être comblé. L'organisation devant s'adapter au changement, il est tout à fait justifié de prétendre que des postes qui ont existé peuvent devoir disparaître et être remplacés par de nouveaux postes différents, qui répondent plus adéquatement aux besoins. Dans l'éventualité où l'employeur profite du départ d'un salarié pour abolir un poste, il ne fait qu'appliquer son droit de gérance. Il en avise toutefois le syndicat conformément au paragraphe 13.03.

14 Ibid, p. 11

En effet, il est de jurisprudence constante que la décision d'abolir, de transformer ou de convertir un poste vacant ou non est une prérogative de l'employeur sous réserve des mécanismes prévus dans la convention collective. (AHQ 722-00-16).

Par ailleurs, l'arbitre Jean-Jacques Turcotte a déjà reconnu à l'employeur le droit de laisser un poste vacant pour le temps qu'il procède à une étude des besoins en déclarant qu'il n'appartient pas à l'arbitre de substituer son propre jugement à celui de l'employeur lors de l'abolition réelle et directe d'un poste que ce soit dans l'immédiat ou dans les mois qui suivent, dans la mesure où suite à une étude administrative, à une restructuration, il y a décision à l'effet d'abolir purement et simplement le poste devenu vacant (AHQ 722-00-27, 722-00-37). Une sentence à l'effet contraire a été rendue par Me Jean-Yves Tremblay mais elle constitue une décision fort minoritaire et isolée (AHQ 723-00-14).[15]

L'unité de travail décrite plus haut à l'article 1.12 est définie de manière tellement large qu'il autorise l'administration à modifier comme bon lui semble l'affectation des salariés à l'intérieur des modules, programmes ou services. Il n'y a dans cette définition aucune contrainte à des changements administratifs ou des modifications fréquentes au nom de l'organigramme de l'organisation. Cependant, comme nous l'a indiqué le directeur général d'un seul CLSC rural, plus les unités de travail sont restreintes, moins il y a de flexibilité. De plus, il semblerait que certaines affectations (ex. les infirmières et les sociaux) posent des difficultés très difficiles. Par ailleurs, le droit au maintien du travail d'équipe, la permanence ou la stabilité des équipes attachées à un programme, un module ou un service n'est absolument pas prévu dans la convention en faveur des salariés.

Dans le cas d'un poste temporairement dépourvu de son titulaire, l'article 1.13 indique que:

15 IBID, p.121

"1) L'employeur comble les postes temporairement dépourvus de leur titulaire en tenant compte des besoins de service.

2) Un poste est temporairement dépourvu de son titulaire lorsque le titulaire est absent pour l'une ou l'autre des raisons suivantes:

- congé annuel (vacances)
- congés fériés
- congé maternité
- maladie ou accident
- activités syndicales
- congés pour études avec ou sans solde
- période d'affichage prévue à l'article 13
- congés sociaux
- congés sans solde
- période durant laquelle l'établissement attend le salarié du S.P.A.S.

3) Le poste temporairement dépourvu de son titulaire n'est pas affiché.

4) Dans l'hypothèse où l'employeur décide de ne pas combler ou de combler de façon partielle et/ou interrompue un poste temporairement dépourvu de son titulaire, il communique par écrit, à la demande du syndicat, les raisons de sa décision."

Il est désormais très clair que l'employeur peut combler un poste temporairement dépourvu de son titulaire de façon partielle ou interrompue. Cela implique donc qu'il pourra faire fluctuer l'affectation selon les besoins du service. Ainsi, le remplacement d'un poste d'infirmière en santé scolaire pourra être interrompu durant la période des Fêtes ou durant la période estivale.[16]

L'article 13 stipule les règles d'affichage et d'attribution des postes définis comme des attributions reliées à un titre d'emploi et s'exerçant dans une unité de travail donnée. Soulignons au passage que les étapes prévues à l'article 13 diffèrent pour les professionnels. Par ailleurs, nous avons déjà analysé plus haut la portée de l'article 13.01. Selon l'article 13.02, les seules indications devant apparaître sur les affichages sont:

16 Ibid, p..12

"1) le titre et le libellé apparaissant à la convention;
2) l'échelle de salaire;
3) l'unité de travail
4) la période d'affichage;
5) le statut rattaché au poste (temps complet, temps partiel)."

L'affichage peut comporter également, à titre purement indicatif:

"1) le quart de travail;
2) toute autre indication susceptible de renseigner les salariés quant au lieu habituel ou à l'aire habituelle de travail."

Les indications devant apparaître sur les affichages constituent les exigences faites à l'employeur pour informer adéquatement les salariés de la nature des postes qui sont actuellement vacants. Par ailleurs, les exigences minimales que l'employé doit satisfaire pour effectivement occuper le poste n'apparaissent pas sur l'affichage, mais seront communiquées par écrit au salarié au moment où ce dernier présente sa candidature afin de s'assurer que tous les salariés ont reçu la même information.

Ces exigences doivent être pertinentes et en relation avec l'emploi tel que stipulé au paragraphe 13.10.

Le fait que l'avis contienne des indications ne signifie pas que ces indications constituent des éléments du poste que l'on ne peut plus modifier par la suite. En effet, la notion de poste doit être comprise comme signifiant "des attributions reliées à un titre d'emploi et s'exerçant dans une unité de travail donnée" (AHQ 552-03-03, 722-00-10, 553-01-02, 723-00-20, 723-00-30).

Par ailleurs, soulignons qu'en matière de convention collective F.A.S., l'employeur n'est pas tenu d'afficher le nombre d'heures que le salarié à temps partiel sera appelé à

travailler. En effet, le salarié à temps partiel ne jouit pas d'une garantie d'heures de travail même si en pratique ses heures de travail peuvent revêtir une certaine forme de régularité. Les heures de travail du salarié à temps partiel lui sont communiquées lors de l'affichage de son horaire de travail et selon les mécanismes prévus au paragraphe 18.07.[17]

En ce qui concerne les conventions collectives où l'employeur doit fournir l'indication des heures ou jours de travail (S.P.I.I.Q., F.Q.I.I., F.I.I.U., C.S.D.), il semble que l'employeur puisse quand même modifier le nombre de jours ou d'heures de travail sans pour autant contrevenir aux dispositions de la convention collective puisque, tel que nous l'avons vu précédemment, le nombre de jours ou d'heures de travail indiqué dans l'avis d'affichage ne fait pas partie de la définition de poste et ce, même si cette indication doit obligatoirement apparaître à l'affichage (AHQ 723-00-30).

Au même effet, l'arbitre Me Marcel Morin ne croit pas que le fait qu'un salarié obtienne un poste à la suite d'un affichage où il est indiqué un nombre fixe de jours de travail peut empêcher l'employeur d'apporter des modifications à ce nombre (AHQ 723-00-20, SOQUIJ 83 A 195, 83 A 196, 83 A 197).[18] L'article 13.03 indique simplement que:

> "Si l'employeur décide d'abolir un poste vacant, il en avise préalablement le syndicat" (Article 13.03).

---

17 (FCLSCQ 802-0101, 802-01-03, AHQ 552-00-01, 552-01-03, 722-00-05, 722-00-10, 723-00-01, 723-00-13, 723-00-15, 723-00-19, 723-00-20, 723-00-27)

18 Ibid, p.123.

Il ne s'agit pas d'une permission mais d'un avis d'une décision prise. Cet avis peut aussi se faire en tout temps avant l'abolition effective.[19] Inutile de rappeler ici que ni le syndicat ni le salarié ne se prononcent sur l'opportunité d'abolir le poste.

L'article 13.10 prévoit que:

> "Le poste devra être accordé et sera comblé par le salarié qui a le plus d'ancienneté parmi ceux qui ont posé leur candidature, à la condition qu'il puisse satisfaire aux exigences normales de la tâche.
>
> Les exigences doivent être pertinentes et en relation avec la nature des fonctions.
>
> En cas de grief, le fardeau de la preuve appartient à l'employeur." (Article 13.10).

Le paragraphe 13.10 place l'ancienneté comme étant le critère principal d'attribution de l'emploi à la condition que le salarié puisse satisfaire aux exigences de la tâche. Ainsi, un salarié plus ancien qui satisfait aux exigences de la tâche sera préféré à un autre salarié plus qualifié mais possédant moins d'ancienneté. Cette même règle se retrouve également dans les conventions F.Q.I.I. (par. 13.05), C.S.D (par.15.09), F.I.Q.-298 (par. 13.07) et F.I.Q.-S.C.F.P. (par. 13.07) (19). Pour certains directeurs généraux, ce critère est une contrainte sérieuse. Si l'on refuse une candidature, il faut l'expliquer. Si on cherche, par exemple, un psychologue en santé-mentale, il faut d'abord l'offrir aux psychologues du C.L.S.C. Cette obligation, selon un directeur général, constitue une contrainte pour répondre aux nouvelles demandes.

---

19 Ibid, p.124.

En ce qui concerne les conventions collectives FIIU, FSPIIQ et COPS, les règles de postes diffèrent selon la nature des postes. C'est ainsi que dans le cas de l'attribution d'un poste pour lequel un diplôme universitaire n'est pas exigé, l'employeur doit accorder le poste au candidat le plus ancien parmi ceux qui satisfont aux exigences normales de la tâche. Par ailleurs, dans l'attribution d'un poste de deuxième niveau ou d'un poste pour lequel un diplôme universitaire est exigé, l'employeur doit d'abord considérer les facteurs d'habileté et de compétence clinique (expérience dans le titre d'emploi et le centre d'activités, formation académique et aptitudes). Ce n'est que dans la situation où plusieurs candidats sont aussi compétents que le facteur ancienneté vient jouer (FIIU 13.08, FSPIIQ 16.08, COPS 16.08).

On entend par exigence normale une exigence dépourvue d'un caractère exceptionnel, conforme au type le plus fréquent d'exigence, ordinaire, correcte, honnête, compréhensible et légitime (AHQ 802-01-14). De plus, l'exigence doit avoir une connexité avec la nature des fonctions à accomplir (...).[20]

Par ailleurs, il arrive qu'une fois un poste devenu vacant, l'employeur soit intéressé à hausser les exigences pour répondre plus adéquatement aux besoins de la clientèle. Dans ce cas, le guide conseille à l'employeur d'abolir d'abord le poste vacant en envoyant un avis à cet effet au syndicat et procéder à l'affichage d'un nouveau poste comportant les nouvelles exigences. Il faudra toutefois que l'employeur soit en mesure de démontrer la pertinence d'une telle modification en faisant valoir notamment l'évolution des besoins, l'enrichissement des tâches ainsi que certaines modifications d'orientation ou de programmation. Il ne faudrait pas que cet exercice fasse en sorte d'écarter délibérément la candidature d'un salarié en particulier.

Une dernière remarque en ce qui a trait aux tests. Rappelons que le fait d'exiger des tests afin de mesurer certaines aptitudes ne soustrait en rien l'obligation de l'employeur de s'assurer que lesdits tests sont administrés de façon équitable pour tous, même test, même outil de travail, même lieu, mêmes critères de sélection (FCLSCQ 802-01-02).

---

20 IBID, p. 127

De plus, si l'on veut se servir du test pour sélectionner un candidat, il faut que ce test serve à mesurer les aptitudes, compétences et connaissances des candidats relativement aux aspects majeurs des tâches qu'ils auront à accomplir.

Ces remarques sont également très pertinentes en matière d'entrevue de sélection qui sert souvent à mesurer des exigences ayant trait à la personnalité des candidats. Les questions doivent être sur les mêmes sujets et l'on doit respecter la même grille d'évaluation en présence des mêmes évaluateurs.

Notons que le refus du candidat de se prêter au test emporte généralement le rejet de son grief en cas de contestation.[21]

. <u>Horaires et heures de travail</u>

Sur les horaires et les heures de travail, l'article 18 au paragraphe 6 et 7 indique que:

> "Les heures d'ouverture sont établies en fonction des besoins de la clientèle après discussion avec le syndicat". (article 18.06)

> "Les horaires de travail sont établis en fonction des besoins de l'unité de travail en tenant compte si possible, des préférences exprimées par les salariés. Ils sont affichés aux endroits habituels au moins sept (7) jours à l'avance et couvrent une période d'au moins quatre (4) semaines.

Si possible, les horaires de travail comprennent également le nom des salariés qui effectuent un remplacement sur un poste temporairement dépourvu de son titulaire pour des absences prévisibles de moyenne et de longue durée.

---

21 723-00-29, 801-01-22, 801-01-41, 801-01-51, 801-01-53, 801-00-19, SOQUIJ 83 A 17, 83 A 209). 113 IBID, p.130.

Les parties peuvent convenir au niveau local de l'instauration d'un système d'horaire flexible". (Article 18.07).

Ces deux paragraphes (18.06 et 18.07) sont, à notre avis, les dispositions cruciales de l'article 18.

Ces paragraphes signifient que la direction de l'établissement détermine la durée des services que le C.L.S.C. offrira aux usagers. En effet, c'est à l'établissement de définir en fonction de son évaluation des besoins de la clientèle et de ses ressources les heures d'ouverture de l'établissement; donc, la période durant laquelle les services seront effectivement offerts aux usagers. Par ailleurs, la direction de l'établissement est tenue de discuter avec le syndicat de l'établissement des heures d'ouverture et de toutes modifications aux dites heures d'ouverture. Nous tenons à préciser, et il s'agit là d'un point sur lequel il y a beaucoup de confusion, que le terme discussion ne signifie pas négociation. En somme, le syndicat est consulté quant à la détermination des heures d'ouverture mais n'a pas droit de veto pour les déterminer. La discussion avec le syndicat a pour but de lui permettre de donner son opinion sur la décision que la direction de l'établissement entend prendre. Une fois le syndicat entendu, la direction prend la décision qui lui semble la meilleure.[22] L'on doit, par ailleurs, déterminer et afficher l'horaire de travail des salariés.

Il y a évidemment une nuance entre la notion "heures d'ouverture" et "horaire de travail". Les "heures d'ouverture" se rapportent aux heures d'accessibilité des lieux par les usagers; les "horaires de travail" qui constituent, comme nous l'avons vu, la fixation du début et de la fin de chacune des journées de travail ne coïncident pas nécessairement avec les heures d'ouverture et ne sont donc pas influencés par elles.

---

22 Syndicat des travailleurs du C.L.S.C. des Draveurs vs C.L.S.C. des Draveurs, F.C.L.S.C.Q. 552-03-01.

Les heures d'ouverture reflètent l'extension des services qu'on veut rendre accessibles à la population et les horaires de travail constituent par ailleurs un moyen d'effectivement les distribuer. Dans la détermination des horaires, les salariés ont certains droits que l'on retrouve tout au long de l'article 18, par exemple, travailler seulement trente-cinq (35) heures par semaine. Par ailleurs, compte tenu des activités des C.L.S.C. où plusieurs programmes se déroulent le soir (périnatalité), les contraintes de cédule telles que décrites aux paragraphes 18.01, 18.02, 18.03 et 18.04 peuvent s'avérer inefficaces. C'est pourquoi les parties ont convenu de prévoir au deuxième alinéa du paragraphe 18.07 la possibilité d'instaurer au niveau local un système d'horaire flexible. Il est difficile de faire un commentaire général quant à l'instauration d'un tel système puisque cette disposition a justement pour objectif de permettre à chaque C.L.S.C. d'adapter son système d'horaire à sa réalité.[23]

En ce qui concerne la cédule de travail, les trois paragraphes suivants de l'article 18 fournissent les précisions suivantes:

> "L'employeur ne peut pas modifier la cédule sans préavis de sept (7) jours de calendrier, à moins du consentement du ou des salarié(s) impliqué(s)." (Article 18.08).

> "Lorsque les besoins exigent du personnel de soir et/ou de nuit, les salariés sont affectés sur ces quarts, selon les dispositions des articles 18.10, 18.11 et 18.12 à moins que les parties locales n'en conviennent autrement." (Article 18.09).

> "Dans la mesure où il y a suffisance de personnel stable de soir ou de nuit, le roulement des quarts de travail se fait par unité de travail, à tour de rôle entre les salariés." (Article 18.10).

---

23 Ibid, p. 205, 206.

Les articles 18.08, 18.09 et 18.10 indiquent d'une part que l'employeur ne peut modifier la cédule de travail, à moins d'un préavis de sept (7) jours, sans le consentement des salariés et, d'autre part, stipule que c'est à l'employeur que revient la décision d'affecter des salariés sur les quarts ou d'initier des roulements de quarts de travail. Même si l'article 18.10 précise que le roulement par unité de travail, à tour de rôle entre les salariés n'est permis que dans la mesure où il y a insuffisance de personnel, il n'en demeure pas moins que l'employeur est maître des cédules de travail.[24]

Dans la plupart des C.L.S.C., il existe au moins deux unités d'accréditation: l'une CSN et une autre relève de la FIIQ. Dans certains C.L.S.C. comme celui de Petite Patrie, il peut y en avoir six et plus pour une cinquantaine d'employés. Comme nous le disait la direction générale de ce C.L.S.C., il devient alors difficile de négocier l'ouverture pour un jour férié. Il suffit que deux refusent pour que l'opération soit impossible. Les horaires de travail ne sont pas exactement les mêmes pour chacune des unités d'accréditation. Pour d'autres raisons, un autre directeur général considère que la principale difficulté (rigidité) de la convention réside au niveau de l'horaire de travail. La convention manquerait ainsi de souplesse pour s'adapter aux demandes du milieu.

Nous avons analysé les questions clefs, qui, dans le cadre de la convention collective auraient pu constituer des rigidités qui auraient pu interdire à l'employeur de répondre à une modification de l'offre ou à une adaptation à la demande de service. A la seule lecture des positions patronales sur ces articles, il paraît que la convention sur ces questions essentielles ne constitue généralement pas une contrainte incontournable.

Plus encore, l'examen d'autres articles nous conduirait au même constat: ainsi en est-il de l'article 26.09 permettant à l'employeur de faire occuper plus d'un poste par un salarié, les articles 28 permettant les contrats d'entreprise, ou l'article 37 qui permet à l'employeur d'exiger l'utilisation d'une automobile personnelle lorsque les fonctions à accomplir nécessitent de fréquents déplacements sur le territoire.

---

24 Ibid, pp. 208-209.

Deux ou trois directeurs généraux sur les six que nous avons rencontrés, nous ont avancé que la convention pouvait constituer une contrainte pour répondre plus adéquatement à la demande particulièrement à celle provenant de nouveaux besoins. La sécurité d'emploi, selon deux directeurs généraux, constitue une contrainte: à partir du moment où la demande varie, la direction ne peut plus changer de catégorie de professionnels. De même, les listes de rappel seraient contraignantes: elles obligent de choisir celui qui est en tête de liste sans égard aux besoins. Evidemment, ces contraintes sont d'autant plus fortes que la direction met de l'avant une division du travail très poussée où la polyvalence est fort réduite. Les nouveaux besoins ne peuvent alors être satisfaits que par de nouvelles catégories professionnelles.

Enfin, la plupart des directeurs généraux s'entendent pour dire que l'actuelle convention n'est pas adaptée au modèle CLSC de sorte

- "si elle devait être appliquée telle quelle, elle poserait d'énormes difficultés." (Un directeur général d'un CLSC urbain).

- "si elles devaient être appliquées telle quelle, les demandes du milieu ne pourraient être satisfaites." (Un directeur général d'un CLSC urbain).

En somme, la convention collective ne pose pas de problèmes majeurs dans la mesure où l'on peut s'entendre avec les employés et faire des arrangements avec le syndicat. Un bon climat de travail et de relations patronales-syndicales réduisent et aplanissent presque toutes les difficultés qui pouvaient surgir d'une application libérale de la convention collective. Des ententes à l'amiable, en dehors très souvent d'une logique juridique propre à la convention, sont le lot quasi quotidien des directions de C.L.S.C. et des syndiqués. Autrement dit, dans la mesure où direction et employés s'entendent sur des formes institutionnelles non prévues par la convention, le CLSC fonctionne bien. Comment mieux dire que l'actuelle convention n'est pas très bien adaptée à la situation.

. Gestion autoritaire et rigidité de la convention collective

Nous débuterons par un examen des griefs pour voir par la suite les conséquences d'un mode de gestion autoritaire sur la satisfaction au travail des professionnels et non-professionnels.

- les griefs

Le devis de recherche prévoyait une analyse des griefs dans les six (6) C.L.S.C. Dans la problématique, les griefs constituaient un indice de l'inadéquation des rapports réels de travail et de la convention collective en vigueur dans les CLSC. De plus, le devis prévoyait une comparaison des résultats obtenus dans les six (6) C.L.S.C. avec ceux obtenus d'une analyse des griefs dans l'ensemble des CLSC.

La source principale d'informations et de données concernant les griefs est le greffe des affaires sociales, qui est l'organisme prévu par la convention collective, qui reçoit les griefs et voit à la nomination d'arbitres. Si le greffe existe depuis juillet 75, il n'a commencé à systématiser les informations que depuis 1983. Le rapport annuel quelque peu significatif date de 1983-84. Plus encore, l'informatisation des données date de l'automne 84. C'est donc dire qu'aucune donnée utile n'est disponible pour la période 1975-83, période stratégique dans l'histoire des conventions collectives des C.L.S.C.

De plus, les données au greffe sont non cumulatives et donc aucune mémoire des griefs n'est conservée après que les griefs soient réglés au niveau local ou après l'arbitrage. Bref, les données ne sont disponibles que pour une journée donnée, soit le jour de chaque mois où le rapport est produit. Cela donne l'état de la situation, une photographie pour le jour où le rapport est fait, mais ne nous dit rien sur la dynamique des relations de travail.

Toutefois à partir des données disponibles du 29 août 1986 au 22 septembre 1986, période durant laquelle nous avons procédé à la cueillette des données au greffe des affaires sociales, nous pouvons procéder à un minimum d'analyse.

Le tableau I indique le bilan des griefs au 29 août 1986. La partie 1 du tableau indique le nombre de griefs à arbitrer, c'est-à-dire, pour tous les établissements du réseau, le nombre total de griefs qui doivent être référés à l'arbitrage. Il est à noter que pour la période du 28 juillet 1986 au 29 août 1986, 466 nouveaux griefs ont été déposés. La partie 2 du tableau indique l'état des griefs mandatés c'est-à-dire soumis à l'arbitrage, soit 566, ce qui représente un peu plus de 3 % du total. La partie 3 du tableau indique les griefs en suspens, c'est-à-dire les griefs, pour lesquels les parties ont convenu de confier leur solution à la prochaine négociation, 3 % du total. La partie 4 du tableau indique le nombre de griefs soumis à l'arbitrage local, soit 2,4 % du total.

Le tableau II indique le bilan par association patronale au 29 août 1986. On y retrouve l'Association des Centres d'Accueil du Québec (ACAQ), l'Association des Centres Hospitaliers et d'Accueil Privés du Québec (ACHAPQ), l'Association des Centres des Services Sociaux du Québec (ACSSQ), l'Association des Hôpitaux du Québec (AHQ) et la Fédération des C.L.S.C. du Québec (FCLSCQ). A la date de référence, les C.L.S.C. regroupent 4,5 % de tous les griefs des affaires sociales.

TABLEAU I: BILAN DES GRIEFS AU 29-08-86

1. Bilan griefs à arbitrer du 28-07-86 au 29-08-86

Griefs à arbitrer	au	25-07-86			15 164
Griefs déposés	du	28-07-86	au	29-08-86	466
Griefs sus. retournés arbitrer	du	28-07-86	au	29-08-86	3
Griefs mandatés	du	28-07-86	au	29-08-86	11
Griefs mis en suspens	du	28-07-86	au	29-08-86	25
Griefs mis en arbitrage local	du	28-07-86	au	29-08-86	1
Griefs à arbitrer réglés	du	28-07-86	au	29-08-86	165
Griefs à arbitrer	au	29-08-86			15 431

---

2. Bilan griefs mandatés

Griefs mandatés	au	25-07-86			597
Griefs mandatés	du	28-07-86	au	29-08-86	11
Griefs mandatés réglés	du	28-07-86	au	29-08-86	42
Griefs mandatés donnés arbitrage local	du	28-07-86	au	29-08-86	0
Griefs mandatés	au	29-07-86			566

---

3. Bilan griefs en suspens au 29-08-86

Griefs en suspens	au	25-07-86			543
Griefs mis en suspens	du	28-07-86	au	29-08-86	25
Griefs suspens. arbitrage local	du	28-07-86	au	29-08-86	0
Griefs en suspens réglés	du	28-07-86	au	29-08-86	2
Griefs sus. retournés arbitrer	du	28-07-86	au	29-08-86	3
Griefs en suspens	au	29-07-86			563

TABLEAU I: BILAN DES GRIEFS AU 29-08-86 (suite)

4. Bilan griefs arbitrage local

Griefs en arbitrage local au 25-07-86				422
Griefs mandatés donnés arbitrage local	du 28-07-86	au	29-08-86	0
Griefs mis en arb. local	du 28-07-86	au	29-08 86	1
Griefs sus. arb. local	du 28-07-86	au	29-08-86	0
Griefs arb. local réglés	du 28-07-86	au	29-08-86	15
Griefs en arbitrage local au 29-08-86				408

---

5. Bilan griefs insc. greffe au 29-08-86

Griefs à arbitrer		15 431
Griefs mandatés		566
Griefs en suspens		563
Griefs en arb. local		408
Griefs insc.	au 27-08-86	16 968
Griefs insc.	au 25-07-86	16 726

Source: Greffe des affaires sociales

TABLEAU II: BILAN DES GRIEFS

PAR ASSOCIATION PATRONALE AU 29-08-86

Association	arbitrer	suspens	arb.loc.	mandatés	total
ACAQ	3 656	80	36	159	3 931
ACHAP	37	10		3	50
ACSSQ	632	122	21	134	909
AHQ	10 393	322	325	249	11 289
FCLSCQ	706	27	26	21	780
AUTRES	7	2			9
	15 431	563	408	566	16 968

Source: Greffe des affaires sociales.

Le tableau III indique pour tous les établissements pour les griefs arbitrés, le bilan par catégorie, c'est-à-dire le regroupement descriptif des motifs à l'origine des griefs. Le non-rappel, le reclassement et le remplacement est au premier rang avec 13,16 %, les avis disciplinaires au second avec 11,15 %, les salaires au troisième avec 9,35 %, les nominations à un poste en quatrième place avec 7,03 %.

Mais les griefs effectivement soumis à l'arbitrage sont de d'autres catégories. En effet, les parties ont convenu que les congédiements et les suspensions de 5 jours au plus devaient être arbitrées prioritairement. Le tableau IV rend compte de cette priorité.

Quant aux griefs soumis à l'arbitrage dans les C.L.S.C., il faut se référer au tableau V. Notons que la date du relevé est différente de celle des tableaux précédents, mais cette différence ne peut être significative étant donné le nombre de griefs indiqués dans le relevé. Le bilan par catégorie indique les descriptions des griefs dans les C.L.S.C. différents de ceux du réseau. En effet, dans les C.L.S.C. on trouve au premier rang les griefs reliés aux cédulex de travail et aux horaires avec 12,75 %, au second les frais reliés à l'emploi avec 12,46 %, au troisième les vacances annuelles avec 10,23 % et au quatrième rang les griefs reliés à l'affichage de poste. Les griefs marquent donc les problèmes spécifiques des C.L.S.C.

TABLEAU III: BILAN DES GRIEFS

TOUS LES ETABLISSEMENTS DES AFFAIRES SOCIALES
BILAN PAR CATEGORIE POUR LE STATUT: 1-A ARBITRER

CAT.	DESCRIPTION	NOMBRE	%
1-	Congédiement	11	0,07
2-	Suspension de 5 jours et plus	16	0,10
3-	Fardeau de tâches - abolition	0	0,00
4-	Fusion de postes - affichage	1	0,00
5-	Non-rappel - rcl. remplacement	2 031	13,16
6-	Liste de rappel	127	0,82
7-	Mise à pied (droit de suppléance)	99	0,64
8-	Supplantation (procédure)	370	2,39
9-	Classification d'un emploi	139	0,90
10-	Ancienneté (perte, valeur de)	173	1,12
11-	Reconnaissance diplôme - expérience	103	0,66
12-	Poste (fermeture - abolition)	353	2,28
13-	Modification de la tâche	182	1,17
14-	Travail hors accréditation	226	1,46
15-	Changement du titre d'emploi	124	0,80
16-	Cédule de travail - horaire	762	4,93
17-	Affichage de poste de travail	967	6,26
18-	Avis disciplinaire, lettre	1 722	11,15
19-	Suspension moins de 5 jours	821	5,32
20-	Temps supplémentaire	866	5,61
21-	Assurance salaire	264	1,71
22-	Activités - cotisations syndicales	519	3,36
23-	Charge de travail accrue	84	0,54
24-	Nomination à un poste	1 085	7,03
25-	Natures diverses	403	2,61
26-	Statut d'employés	36	0,23
27-	Promotion - échelon	69	0,44
28-	Entente locale - particulière	73	0,47
29-	Poste sans titulaire (remplacement)	153	0,99
30-	Fusion de postes	16	0,10
31-	Fermeture de dossier	19	0,12
32-	Prime (nuit, équipe, linge...)	328	2,12
33-	Congés fériés et mobiles	517	3,55
34-	Congés spéciaux	103	0,66
35-	Vacances annuelles	647	4,19
36-	Salaire	1 443	9,35
37-	Réintégration - maladie	30	0,19
38-	Banque de maladies	236	1,52
39-	Frais reliés à l'emploi	170	1,10
40-	Harcèlement - discrimination	138	0,89
41-	Transfert C.S.S. - C.L.S.C.	5	0,03

Nombre total des griefs..... 15 431 au 29-08-86

TABLEAU IV: BILAN DES GRIEFS

BILAN PAR CATEGORIE POUR TOUS LES ETABLISSEMENTS POUR LE STATUT: 4-MANDATES

CAT.	DESCRIPTION	NOMBRE	%
1-	Congédiement	66	11,66
2-	Suspension de 5 jours et plus	106	18,72
3-	Fardeau de tâches - abolition	9	1,59
4-	Fusion de postes - affichage	9	1,59
5-	Non-rappel - rcl. remplacement	18	3,18
6-	Liste de rappel	3	0,53
7-	Mise à pied (droit de suppléance)	2	0,35
8-	Supplantation (procédure)	5	0,88
9-	Classification d'un emploi	2	0,35
10-	Ancienneté (perte, valeur de)	3	0,53
11-	Reconnaissance diplôme - expérience	6	1,06
12-	Poste (fermeture - abolition)	15	2,65
13-	Modification de la tâche	4	0,70
14-	Travail hors accréditation	16	2,82
15-	Changement du titre d'emploi	1	0,17
16-	Cédule de travail - horaire	3	0,53
17-	Affichage de poste de travail	43	7,59
18-	Avis disciplinaire, lettre	52	9,18
19-	Suspension moins de 5 jours	40	7,06
20-	Temps supplémentaire	11	1,94
21-	Assurance salaire	8	1,41
22-	Activités - cotisations syndicales	5	0,88
23-	Charge de travail accrue	0	0,00
24-	Nomination à un poste	45	7,95
25-	Natures diverses	24	4,24
26-	Statut d'employés	0	0,00
27-	Promotion - échelon	7	1,23
28-	Entente locale - particulière	1	0,17
29-	Poste sans titulaire (remplacement)	6	1,06
30-	Fusion de postes	0	0,00
31-	Fermeture de dossier	0	0,00
32-	Prime (nuit, équipe, linge...)	3	0,53
33-	Congés fériés et mobiles	4	0,70
34-	Congés spéciaux	4	0,70
35-	Vacances annuelles	1	0,17
36-	Salaire	25	4,41
37-	Réintégration - maladie	0	0,00
38-	Banque de maladies	4	0,70
39-	Frais reliés à l'emploi	4	0,70
40-	Harcèlement - discrimination	4	0,70
41-	Transfert C.S.S. - C.L.S.C.	7	1,23
	Nombre total des griefs.....	566	

TABLEAU V: BILAN DES GRIEFS

DE LA FEDERATION DES C.L.S.C.
BILAN PAR CATEGORIE POUR LE STATUT: 1-A ARBITRER

CAT.	DESCRIPTION	NOMBRE	%
1-	Congédiement	1	0,14
2-	Suspension de 5 jours et plus	0	0,00
3-	Fardeau de tâches - abolition	0	0,00
4-	Fusion de postes - affichage	0	0,00
5-	Non-rappel - rcl. remplacement	41	6,08
6-	Liste de rappel	9	1,33
7-	Mise à pied (droit de suppléance)	1	0,14
8-	Supplantation (procédure)	4	0,59
9-	Classification d'un emploi	9	1,33
10-	Ancienneté (perte, valeur de)	7	1,03
11-	Reconnaissance diplôme - expérience	10	1,48
12-	Poste (fermeture - abolition)	7	1,03
13-	Modification de la tâche	7	1,03
14-	Travail hors accréditation	13	1,92
15-	Changement du titre d'emploi	2	0,29
16-	Cédule de travail - horaire	86	12,75
17-	Affichage de poste de travail	58	8,60
18-	Avis disciplinaire, lettre	39	5,78
19-	Suspension moins de 5 jours	39	5,78
20-	Temps supplémentaire	10	1,48
21-	Assurance salaire	6	0,89
22-	Activités - cotisations syndicales	13	1,92
23-	Charge de travail accrue	7	1,03
24-	Nomination à un poste	50	7,41
25-	Natures diverses	17	2,52
26-	Statut d'employés	2	0,29
27-	Promotion - échelon	4	0,59
28-	Entente locale - particulière	16	2,37
29-	Poste sans titulaire (remplacement)	18	2,67
30-	Fusion de postes	1	0,14
31-	Fermeture de dossier	0	0,00
32-	Prime (nuit, équipe, linge...)	3	0,44
33-	Congés fériés et mobiles	5	0,74
34-	Congés spéciaux	8	1,18
35-	Vacances annuelles	69	10,23
36-	Salaire	36	5,34
37-	Réintégration - maladie	3	0,44
38-	Banque de maladies	3	0,44
39-	Frais reliés à l'emploi	84	12,46
40-	Harcèlement - discrimination	9	1,33
41-	Transfert C.S.S. - C.L.S.C.	0	0,00

Nombre total des griefs..... 674 au 22-09-86

Quant aux six (6) C.L.S.C. qui ont fait l'objet d'une étude particulière, le tableau VI indique qu'en date du 2 septembre 1986, on y comptait 69 griefs dans 4 d'entre eux. Deux (2) C.L.S.C. concentraient 53 griefs, soit 76,8 % du total alors qu'ils ne représentent que le tiers de notre échantillon.

Cela nous ramène aux deux (2) grandes conclusions que tirait déjà le greffier en chef dans ses rapports d'activités de 1983-84 et 1984-85.[25] Les C.L.S.C. ne se distinguent guère des autres établissements du réseau aux deux grandes caractéristiques que le greffier a pu constater. Plus de 90 % des griefs sont réglés sans arbitrage et que 20 % des établissements sont responsables de 80 % des griefs - 61 % à la date du relevé pour les C.L.S.C.

Selon les experts interrogés sur la question, on peut interpréter la réalisation de la loi de Pareto en matière de griefs de la manière suivante: les griefs sont un indicateur numérique révélateur d'une crise dans les relations de travail dans les établissements selon leur degré de concentration. Dans la mesure où la dynamique des relations de travail change, ils sont réglés en dehors de la procédure d'arbitrage. Autrement, ils demeurent comme instrument de pression sur l'employeur qui devra payer les frais d'une centaine d'arbitrages dont il peut craindre en plus les résultats. Ces frais qui se situent entre 2000$ et 6000$ par grief, exercent une forte pression sur les employeurs pour régler à l'amiable.

---

25 Greffe des tribunaux d'arbitrage des affaires sociales, Rapport d'activités 1983-84, Montréal, août 1984; Rapport d'activités 1984-85, Montréal, octobre 1985.

TABLEAU VI: NOMBRE TOTAL DE GRIEFS DANS LES C.L.S.C. OBSERVES

NOM DE L'ETABLISSEMENT		NOMBRE
C.L.S.C.	Berthier	25
C.L.S.C.	Mille-Iles	10
C.L.S.C.	Hochelaga-Maisonneuve	6
C.L.S.C.	Huntingdon	28
C.L.S.C.	Petite Patrie	0
C.L.S.C.	Presqu'île	0
TOTAL		69

Date du relevé: 02-09-86

Source: Greffe des affaires sociales

Enfin, si on se limite à notre échantillon, 91,3 % des griefs se retrouvent dans trois des six que nous avons étudiés (tableau VI). Or il se trouve que ces trois CLSC ont connu un mode de gestion autoritaire à la suite d'une grève de 16 mois pour le CLSC Mille Iles, d'un comité ministériel d'enquête pour celui de Berthier et d'une tutelle du MAS pour celui d'Huntingdon. Au contraire, les trois autres C.L.S.C. qui ne comptent aucun grief, sont des C.L.S.C. où les directeurs ont adopté un type de gestion faisant appel à la participation des employés. On peut donc supposer que la convention est source de rigidité à moins qu'il y existe un mode de gestion favorisant la souplesse et la mise en place de formes institutionnelles non prévues.

- le mode de gestion autoritaire

Le mode de gestion autoritaire est généralement formaliste et bureaucratique en ce sens qu'il opère par appel aux règles, par ordre ou par sanction directe.[26] Ce mode de gestion donne la priorité à la structure formelle, aux règles qui définissent la place de chacun dans l'organisation, ses responsabilités et le profil de communication de l'information. L'autorité se fonde alors sur la rationalité des règles et de la structure. Toute discussion quant à l'interprétation du bien-fondé d'un règlement pourra apparaître à la direction comme atteinte à son autorité (comportement donc de bureaucratie). Le mode de gestion instrumental est aussi généralement autoritaire. Au nom d'une logique de rendement et de productivité; la direction de type instrumental cherche à préciser les tâches et à en opérationaliser l'exécution conformément à la vision taylorienne de la gestion du personnel. Pour obtenir la loyauté des employés, la direction fera alors appel à l'intérêt individuel et à des stimulants liés au rendement individuel (d'où le qualificatif d'instrumental).

---

26 Nous nous inspirons ici de notre recherche sur le C.L.S.C. de Berthier (La bureaucratie contre la participation, 1986) et des travaux d'Alain TOURAINE, (Sociologie de l'action, Paris, Seuil, 1965, et Production de la société, Paris, Seuil, 1973) qui met l'accent sur les conflits. Egalement les travaux de M. CROZIER (Le phénomène bureaucratique, Paris, Seuil, 1963 et en collaboration avec E. FREIDBERG, L'acteur et le système, Paris, Seuil, 1977). Voir aussi R. POUPART, J.J. SIMARD et J.P. OUELLET, La création d'une culture organisationnelle: le cas des C.L.S.C., Montréal, Fédération des F.C.L.S.C., 1986.

Dans les modes de gestion qui font appel à la participation, nous retrouvons le mode de gestion stratégique et le mode de gestion à direction sociale. Le premier considère l'organisation comme un système de relations sociales et non plus seulement comme une collection d'individus ou un ensemble de règles formelles. La direction fait place à la participation, insiste sur les bonnes relations entre les membres et sur la nécessité de la collaboration de chacun pour le succès de l'ensemble (elle joue donc le rôle d'un "coach" qui coordonne les divers apports). Le second (le mode de gestion à direction sociale) tend à imposer au milieu ses objectifs de transformation sociale au moyen de son organisation. L'organisation est alors définie par sa mission sociale de sorte que travailler dans cette organisation signifie en même temps contribuer au changement social. Le niveau élevé d'implication des employés que suppose ce type d'organistion exige un leadership charismatique pour cimenter l'organisation et maintenir active sa mission sociale.

La tutelle du C.L.S.C. Huntingdon s'est faite, nous pourrions dire par définition, sur le mode autoritaire. Les structures en place ont été brutalement détruites; liquidation du comité de coordination et des équipes, fermeture de deux points de service, etc. Tout cela sans explication autre que tel est le mandat du ministère. Pour le tuteur, le C.L.S.C. n'est qu'une collection d'individus. Cinq d'entre eux dont trois membres de l'exécutif sont remerciés. Aux autres, le tuteur fait bien comprendre qu'ils n'ont aucun droit: "vous n'avez plus un mot à dire... vous êtes sur la liste noire... si vous n'êtes pas contents, allez vous en... mais je sais que personne ne veut de vous autres." Pendant les neuf mois que dure cette tutelle, les employés reçoivent le matin une feuille leur indiquant le travail à faire: aucune discussion n'est possible. Enfin, pour le reste le contrôle est absolu: plus de photocopoie sans autorisation, plus de téléphone interurbain sans autorisation, etc.

Au terme des neuf mois, le tuteur choisit le nouveau directeur général qui a pour mission de poursuivre la normalisation et de continuer avec "la manière forte". Dans un tel contexte, la participation et la discussion deviennent impensables. Les employés se replient alors sur la tâche à faire, sur le neuf à cinq quitte à se désintéresser des services et de l'avenir du C.L.S.C. Le directeur général à l'exemple du tuteur fonde son style de gestion non sur les services à rendre au milieu mais sur le mandat confié par le ministère. Les récalcitrants sont menacés de sanction pouvant aller à l'expulsion.

Dans le cas du C.L.S.C. de Berthier, le comité d'enquête reproche aux usagers et aux employés de s'être trop impliqués dans le C.L.S.C. Pour sortir de l'impasse, il propose une analyse toute bureaucratique, c'est-à-dire centrée sur le renforcement des pouvoirs du directeur général et donc de la structure hiérarchique verticale qui va du ministère à la direction générale puis de celle-ci aux employés. Cette recommandation formulée en décembre 1982 sera assez bien suivie par le directeur général et le conseil d'administration avec la conséquence qu'en 1986 le problème est loin d'être résolu.

Sans doute, la ligne d'autorité dans le C.L.S.C. Berthier est maintenant relativement bien définie mais cela ne suffit pas pour qu'un C.L.S.C. fonctionne bien. Ce mode de gestion formaliste et autoritaire ne réussit pas à canaliser l'informel de manière à ce qu'il consolide l'organisation. Au contraire, plus les structures et les tâches sont définies, plus l'informel échappe à l'organisation pour devenir "une loi du milieu, un monde interlope" nous a avoué le directeur général actuel de ce C.L.S.C. Mais, ce qui nous apparaît le plus grave, c'est l'insatisfaction croissante des employés et leur désimplication dans une institution dont l'efficacité repose sur une forte implication.

. La satisfaction des employés[27]

A partir d'un instrument, inventaire de satisfaction au travail, mis au point par Viateur Larouche[28] et adapté par nous pour les C.L.S.C., nous avons procédé à une enquête auprès des employés d'un C.L.S.C. où le mode de gestion était autoritaire. Le tableau VIII présente les principales dimensions de cette enquête regroupés sous huit grands thèmes.[29]

---

27 Nous nous inspirons largement de notre rapport. Voir Paul. R. BELANGER, B. LEVESQUE, Y. BERTRAND, F.LEBEL. Op. cit., 1986, pp. 44-46.

28 C'est avec la permission de l'auteur que nous avons adapté cet instrument pour les C.L.S.C. La méthode est la même; l'adaptation concerne les dimensions de la satisfaction.

29 Pour chacune des dimensions, nous demandions de répondre sur une échelle de 1 à 5 correspondant à "pas du tout satisfait", "peu satisfait", "satisfait", "très satisfait" et "extrêmement satisfait". Pour la compilation des résulats, nous avons multiplié l'échelle de 1 à 5 par 4 simplement pour étendre l'échelle et faciliter la lecture des réponses. Dans le premier C.L.S.C., trente et un employés ont répondu au questionnaire et, dans le second, cinquante-deux.

TABLEAU VII: REGROUPEMENT DES DIMENSIONS DE LA SATISFACTION AU C.L.S.C. DE BERTHIER

Très insatisfait (moins de 9)	Insatisfait (9 à 12)	Satisfait (12 à 15)	Très satisfait (15 et plus)
DIRECTION (8.81) • Compétence technique : DG • Décisions : CA • Décisions : DG • Consultation : DG	**RÉMUNÉRATION (11.92)** • Bénéfices marginaux • Salaire • Sécurité d'emploi	**TÂCHE (12.48)** • Autonomie • Responsabilité • Qualité des services • Réaction des usager(ère)s	
CLIMAT (8.38) • Relations inter-personnelles • Climat de travail	**ÉQUIPE (10.84)** • Esprit d'équipe • Information : É • Compétence technique : CÉ		
MINISTÈRE (7.33) • Information : MSSS	**COORDINATION (10.31)** • Compétence technique : Co • Consultation : Co		
	SYNDICAT (9.65) • Relations : S - Me • Relations : S - DG		

ABRÉVIATIONS

CA : Conseil d'Administration
CÉ : Chef d'Équipe
Co : Coordination
DG : Directeur Général
É : Équipe
H-F : Homme-Femme
IÉ : InterÉquipe
M : Ministère
Me : Membres
S : Syndicat

Voyons rapidement chacun de ces grands thèmes.

La tâche et la prestation des services de même que la rémunération sont considérées comme satisfaisantes. Le modèle professionnel d'organisation du travail génère plus de satisfaction que le modèle parcellisé et à la chaîne. Si le salaire peut être considéré comme indice de la position sociale dans la société, les intervenants semblent relativement satisfaits de leur statut et de la reconnaissance sociale.

Le travail d'équipe et particulièrement l'esprit d'équipe, les relations avec le chef d'équipe et les informations diffusées à l'intérieur de l'équipe suscitent beaucoup d'insatisfaction. Il semble bien que la situation est réellement insatisfaisante puisque l'insatisfaction est encore plus forte à l'égard des relations interpersonnelles et du climat général de travail. Il est assez révélateur que toutes les dimensions reliées au syndicat obtiennent un faible pointage sur l'échelle. En effet, si les relations entre le syndicat local et les membres semblent insatisfaisantes, il s'en faut de peu pour que les relations entre le syndicat et la direction de même pour que l'attention de la Fédération des Affaires Sociales pour les préoccupations des membres ne basculent dans la colonne très insatisfaisante. Il ne semble pas exister dans ce C.L.S.C., d'une part, une solidarité syndicale ou un attachement au syndicat local et, d'autre part, un type de relation entre le syndicat et la direction qui pourrait n'être attribué qu'à la direction. La relation du syndicat avec les membres est considérée presque aussi insatisfaisante que la relation du syndicat avec la direction. Cette corrélation mérite d'être soulignée d'autant plus qu'une grande insatisfaction semble exister aussi à l'égard de la F.A.S - C.S.N.

Le système de décision du C.L.S.C. dont la gestion est autoritaire est celui qui génère, globalement et de beaucoup, le plus d'insatisfaction. Même si une certaine compétence technique est reconnue à la direction générale, toutes les autres dimensions obtiennent un très faible pointage sur l'échelle de satisfaction: décisions, informations, relations humaines, consultations. Le conseil d'adminstration, à cause des décisions qui y sont prises, est aussi une très grande source d'insatisfaction, au point où on peut parler de

direction générale (incluant la direction générale et le conseil d'administration.

Une tension entre une certaine satisfaction et une très grande insatisfaction révèle le type de rapport social caractérisant les relations de travail dans ce C.L.S.C. D'un côté, nous retrouvons la tâche: les intervenants sont satisfaits non seulement de leur autonomie professionnelles mais aussi des services qu'ils rendent à la population. Ils ont l'impression que leur travail correspond aux besoins de la population puisque les usagers, selon les intervenants, réagissent bien à leurs services. Ils sont donc de bons interprètes des besoins et capables d'accorder les services en conséquences. De l'autre côté, la très grande insatisfaction à l'égard de la direction, c'est-à-dire qu'elle manifeste une opposition, un conflit sur l'interprétation du rôle général du C.L.S.C. La direction serait moins qu'eux liée aux besoins des usagers et définirait le C.L.S.C. moins comme un service que comme un lieu d'implantation des politiques ministérielles conçues à partir de la perception et de la définition des besoins qu'ont les instances institutionnelles.

Cette tension entraînerait une gestion autoritaire qui se manifeste, selon les intervenants, par l'absence de participation et de consultation. L'autoritarisme et la gestion par l'émission de directives est d'autant plus accentués que les intérêts des parties sont opposés et qu'il y a absence de débat ou de mécanisme d'expression de ces divergences. A la limite, cette tension entre les intervenants liés aux services et aux usagers, et la direction se traduira par une organisation du travail qui aura pour effet de limiter l'autonomie des intervenants et leur source d'influence de sorte que l'efficacité et la productivité seront sérieusement compromises. Comment pourrait-il en être autrement puisqu'en raison du mode de gestion le C.L.S.C. est devenu, pour la plupart des employés, davantage un lieu de gagne-pain et de carrière individuelle qu'un lieu de travail collectif.

Comme le montre le tableau VIII, le désir de participation demeure cependant très important pour les diverses catégories d'employés: professionnels, semi-professionnels et non-professionnels. Cette volonté de participation concerne beaucoup plus la vie interne du C.L.S.C. que les orientations

du ministère ou du C.R.S.S.S. qui suscitent beaucoup de déception de la part des professionnels. Si l'on considère la forte insatisfaction à l'égard de la direction, de l'équipe de travail et même du syndicat, il faut en conclure que ni l'équipe de travail, ni le syndicat ne servent de médiateur entre la tâche et la direction de sorte qu'il y aurait un éclatement des lieux de "prise en charge": le repli individuel sur la tâche le fait apparaître comme principale source de satisfaction. En somme, une gestion autoritaire et un syndicalisme combatif conforme au modèle fordiste poussent les employés à définir leur travail davantage en termes de gagne-pain et de carrière individuelle que de projet collectif. Lorsque la mobilité est bloquée et le climat de travail devenu malsain, la sécurité d'emploi devient l'ultime point d'ancrage.

TABLEAU VIII: DÉSIR DE PARTICIPATION SELON LES CATÉGORIES DE PERSONNEL

	OUI	NON	TOTAL
PROFESSIONNEL(LE)S			
Orientation du CLSC	100	—	100
Travail d'équipe	100	—	100
Répartition des tâches	100	—	100
Organisation du travail	80	20	100
Élaboration de programmes	100	—	100
Orientation du MSSS	25	75	100
Orientation du CRSSS	40	60	100
SEMI-PROFESSIONNEL(LE)S			
Orientation du CLSC	92.3	7.7	100
Travail d'équipe	92.3	7.7	100
Répartition des tâches	92.3	7.7	100
Organisation du travail	92.3	7.7	100
Élaboration de programmes	84.6	15.4	100
Orientation du MSSS	61.5	38.5	100
Orientation du CRSSS	69.2	30.8	100
NON-PROFESSIONNEL(LE)S			
Orientation du CLSC	100	—	100
Travail d'équipe	100	—	100
Répartition des tâches	90.9	9.2	100
Organisation du travail	90.9	9.1	100
Élaboration de programmes	90.9	9.1	100
Orientation du MSSS	90.9	9.1	100
Orientation du CRSSS	81.8	18.2	100

Comme nous l'avons suggéré, le collectif des travailleurs des C.L.S.C. n'est pas homogène (voir tableau IX). Notre étude de la satisfaction révèle que la variable la plus significative concerne les catégories d'employés, soit les professionnels, les semi-professionnels et le non-professionnels. Au niveau de la satisfaction, il existe une différence assez marquée entre les professionnels et semi-professionnels d'une part et les non-professionnels d'autre part, comme le suggèrent les indices globaux par catégories d'emploi: 9,11 et 9,84 d'une part et 11,20 d'autre part. L'insatisfaction est donc beaucoup moins forte chez les non-professionnels; aucun thème n'apparaît dans la colonne "très satisfait" pour cette catégorie, alors que, dans le cas des semi-professionnels, le climat, la direction et le ministère y apparaissent et que, dans le cas des professionnels, c'est la majorité des thèmes qui apparaissent dans cette colonne (syndicat, coordination, direction, climat, ministère).

Enfin, entre les trois catégories d'employés, la différence ne se réduit pas à un simple décalage général. En effet, les divers thème n'occupent pas la même place sur les échelles de chacune des catégories. Sans reprendre chacun des thèmes, relevons que la coordination est la dimension pour laquellle l'écart est le plus important entre les trois catégories. Alors que les non-professionnels placent la coordination au deuxième rang sur leur échelle de satisfaction, les deux autres catégories d'employés le placent, avec des écarts très importants, au cinquième rang. C'est dire, pour présenter les résultats différemment, à quel point la direction et la coordination sont l'objet d'une très grande insatisfaction de la part des professionnels et des semi-professionnels. Si l'on ajoute à cela la forte insatisfaction à l'égard du syndicat (insatisfaction très forte de la part des professionnels), il faut conclure que le mode de gestion conforme au compromis salarial fordiste de même que la forme de syndicalisme qui lui est corrélative suscitent dans le C.L.S.C. des insatisfactions qui ne peuvent avoir que des incidences très négatives sur la productivité et surtout sur l'efficacité du travail.

TABLEAU IX: LES DIMENSIONS DE LA SATISFACTION PAR THÈMES SELON L'ÉCHELLE ET LES CATÉGORIES D'EMPLOI

Très insatisfait (moins de 9)	Insatisfait (9 à 12)	Satisfait (12 à 15)	Très satisfait (15 et plus)
NON-PROFESSIONNEL(LE)S			
	RÉMUNÉRATION (11.72)	TÂCHE (13.05)	
	ÉQUIPE (11.19)	COORDINATION (12.80)	
	DIRECTION (10.94)		
	SYNDICAT (9.88)		
	CLIMAT (9.60)		
	MINISTÈRE (9.07)		
SEMI-PROFESSIONNEL(LE)S			
CLIMAT (7.85)	ÉQUIPE (11.30)	TÂCHE (12.69)	
DIRECTION (7.71)	SYNDICAT (10.00)	RÉMUNÉRATION (12.54)	
MINISTÈRE (7.18)	COORDINATION (9.28)		
PROFESSIONNEL(LE)S			
SYNDICAT (8.82)	TÂCHE (11.22)		
COORDINATION (8.78)	RÉMUNÉRATION (10.89)		
DIRECTION (7.58)	ÉQUIPE (9.78)		
CLIMAT (7.55)			
MINISTÈRE (5.11)			

Il serait sans doute présomptueux de vouloir généraliser à partir d'un cas. Notre devis de recherche ne prévoyait pas d'études de satisfaction au travail et d'analyses de mode de gestion. Cependant les entrevues avec les directeurs généraux des six C.L.S.C. et avec une cinquantaine d'employés, nous a permis d'identifier deux autres C.L.S.C. où le mode de gestion était autoritaire et où le syndicat s'en tenait à un "syndicalisme de classe". Au niveau de la satisfaction au travail, la situation s'apparentait à celui que nous venons d'examiner. Par ailleurs, dans les trois C.L.S.C. où les griefs sont quasi inexistants, nous avons trouvé un mode de gestion ouvert à la participation et soucieux de trouver des formes organisationnelles permettant l'expression des employés. Dans ces trois C.L.S.C., le syndicat local avait décidé de se préoccuper non seulement des conditions de travail mais aussi de la demande sociale et du climat de travail (à des niveaux divers, il va de soi).

Nous croyons pouvoir conclure que le compromis salarial fordiste est source de rigidité en ce sens qu'une direction locale peut, en s'en tenant à la lettre de l'actuelle convention collective, adopter un mode de gestion (autoritaire) tel que l'insatisfaction au travail atteigne un niveau qui menace le bon fonctionnement d'un C.L.S.C. Et, dans certains cas, en complicité avec le syndicat local puisque, selon le compromis salarial fordiste, le rôle de celui-ci doit se limiter aux conditions de travail de ses membres. Dans les C.L.S.C. qui semblent bien fonctionner, les directions locales et les syndicats locaux sont généralement d'accord pour dépasser ce cadre rigide et pour mettre en place des formes organisationnelles nouvelles.

Conclusion

1) Le cadre général de la négociation dans les C.L.S.C. correspond au modèle fordiste. Ce modèle présuppose que les conditions de travail sont uniformes dans une industrie donnée ou dans un secteur donné. Comme les parties habilitées à négocier sont nationales, la place pour les particularités locales est fort réduite sinon inexistance. Le compromis à la base de ce modèle repose sur l'acceptation du droit de gérance de la partie patronale en échange d'équivalents salariaux pour les

travailleurs de sorte que la séparation taylorienne entre conception et exécution est acceptée en principe.

2) Dans le secteur socio-sanitaire, ce modèle industriel fordiste s'est d'abord généralisé dans les hôpitaux à partir du milieu des années 1960. Ainsi, la première convention collective signée dans les C.L.S.C. en 1976 reprend les grandes lignes du modèle hospitalier. Ce modèle satisfait alors la dynamique bicéphale mais convergente des parties patronales et syndicales, à leur plus haut niveau tout au moins.

Du côté patronal, c'est-à-dire au niveau du conseil du trésor, le modèle hospitalier permet de définir le plus petit dénominateur commun qui affecte tout le réseau. L'uniformité ici est le facteur le plus positif d'une administration cherchant à la fois à diminuer ses coûts et à augmenter, tout en les simplifiant, ses mécanismes de contrôle.

Du côté syndical, à l'opposé, mais dans la même dynamique, le modèle hospitalier autorise la définition du plus grand dénominateur commun possible qui bénéficie à tous les travailleurs du réseau. L'uniformité étant ici le facteur le plus positif, les acquis des hôpitaux étant menacés par des brèches qui pourraient être faites par le biais d'ententes locales dans les autres établissements du réseau, dont les C.L.S.C.

Cette double dynamique d'intégration et d'uniformisation des conventions collectives dans le réseau des affaires sociales a cependant conduit à la mise en tutelle des possibilités d'autonomie des autres établissements par la logique hospitalière. Cela fut particulièrement dévastateur pour des établissements comme les C.L.S.C. qui se différenciaient les uns des autres selon les rapports étroits noués avec des milieux passablement différenciés et qui offraient comme réseau des éléments d'originalité liés à la dynamique sociale de ce projet d'intégrer le social et le médical, le préventif et le curatif. L'épanouissement de ce modèle auraient exigé d'échapper au modèle d'organisation et de relations du travail "industriel" qui prédomine dans le secteur hospitalier.

La pénétration de ce modèle dans l'organisation et les relations de travail dans le réseau des C.L.S.C., allait avoir pour premier effet d'interdire la dynamique participationniste dans les relations patronales syndicales, en substituant des rapports hiérarchiques d'autorité et de conflit; deuxièmement, le modèle hospitalier des relations et de l'organisation du travail impose une uniformité à des établissements qui avaient pour mission de s'intégrer dans des communautés humaines diversifiées au niveau socio-économique et culturel. Dès lors, comment peut-on imaginer qu'un modèle d'organisation du travail uniforme et étranger au projet même des C.L.S.C, puisse être apte à répondre à une demande sociale de services socio-sanitaires spécifiques? Comment enfin peut-on imaginer qu'un modèle d'organisation et de relations de travail fordiste et taylorien du travail imposé aux C.L.S.C. puisse fournir les conditions de transformations des pratiques professionnelles qu'exigeait leur mission?

3) Ce modèle ne s'est pas imposé sans résistance comme le manifeste bien le dossier des ententes locales. En fait, il s'est généralement imposé à partir de l'extérieur dans une conjoncture où le compromis socio-politique au sein de la communauté était en crise. Tutelles, comités ministériels d'évaluation et d'enquête ont ainsi réussi à normaliser les C.L.S.C. "récalcitrants" qu'on pouvait encore identifier au début des années 1980. Dans tous les cas, le ministère a imposé directement ou indirectement des directeurs généraux dont l'expertise était d'abord administrative conformément au modèle salarial fordiste.

Dans le domaine socio-sanitaire, ce mode de gestion qui revendique la totalité des droits de gérance, ne peut fonder sa légitimité sur la propriété de l'entreprise comme c'est le cas dans l'industrie et dans le secteur privé. Les directeurs généraux autoritaires s'appuieront donc plutôt sur les mandats du ministère (règles, directives, etc.) que sur les besoins du milieu. D'ailleurs, à cette légitimité venant d'en haut, les employés et un certain nombre d'usagers opposeront celle venant d'en bas, de la communauté, des besoins du milieu.

4) Dans la convention collective des C.L.S.C., il existe certains éléments de souplesse pour que la direction adapte les ressources à la demande sociale. Ainsi, les attributions relevant d'un poste, peuvent varier pour autant qu'elles se situent à l'intérieur d'une même unité de travail. Et si l'unité de travail n'est pas suffisamment large, la direction peut procéder à des réaménagements organisationnels. De même, si les tâches à accomplir ne correspondent pas en totalité à un seul titre d'emploi, l'employeur peut fusionner deux titres d'emplois afin d'obtenir un regroupement d'attributions correspondant le plus fidèlement possible à la tâche à accomplir. Cependant, toutes ces pirouettes sont exigées par le fait que la division du travail est calquée sur le modèle hospitalier. Ainsi, on peut compter une quarantaine de titres d'emplois différents dans les C.L.S.C. alors que près de la moitié de ces institutions comptent cinquante employés et moins.

La plupart des directeurs généraux des six C.L.S.C. que nous avons étudiés, s'entendent pour dire que l'actuelle convention collective n'est pas adaptée au modèle C.L.S.C. au point où si elle était appliquée telle quelle, elle poserait d'énormes difficultés et réduirait les possibilités de répondre adéquatement aux besoins du milieu. De plus, les C.L.S.C. qui sont reconnus pour "bien fonctionner", le doivent habituellement à une direction locale capable de dépasser la rigide séparation conception/exécution pour procéder de concert avec le syndicat local à des arrangements qui permettent une forte implication des employés. Dans les cas que nous avons observés, cette implication passe par l'expérimentation de formes organisationnelles (non prévues par la convention) qui permettent aux employés de participer à la définition des orientations du C.L.S.C. et à l'organisation de leur travail en liaison avec le milieu.

5) Dans les C.L.S.C. où la direction se comporte comme propriétaire exclusif de l'institution et revendique la totalité des droits de gérance que lui reconnaît l'actuelle convention collective, les griefs se multiplient même si la plupart sont réglés avant arbitrage afin d'éviter les frais élevés qui s'en suivent. Et, surtout, ce mode de gestion autoritaire soulève une insatisfaction des employés si forte que l'efficacité du C.L.S.C. est considérablement réduite.

En réaction à un tel mode de gestion, les employés ont tendance à se replier sur la carrière individuelle ou encore à concevoir leur travail comme un simple gagne-pain. Le mode de gestion autoritaire peut assurer le respect des règles mais il ne peut susciter une implication des employés qui exige justement de dépasser les règles comme c'est particulièrement le cas du travail relativement autonome des professionnels et des semi-professionnels.

Notre étude de la satisfaction révèle également une forte insatisfaction à l'égard du syndicat. En effet, les employés se disent insatisfaits presqu'autant de leur syndicat que de la direction pour la bonne raison que celui-ci adopte un mode de fonctionnement où la demande de participation et la préoccupation des besoins du milieu sont évacués comme le veut le modèle industriel fordiste. En somme, le compromis salarial fordiste tel que matérialisé dans l'actuelle convention collective se révèle rigide parce qu'il suppose une coupure entre conception et exécution laissant ainsi la voie ouverte aussi bien à un mode de gestion autoritaire qu'à une pratique du syndicalisme centrée presqu'exclusivement sur la rémunération et les conditions de travail selon une définition des postes répondant à une division du travail très précise.

6) Enfin, il peut sembler paradoxal que dans les C.L.S.C. comme dans l'ensemble du domaine socio-sanitaire, on ait procédé à une rationalisation du travail allant dans le sens du taylorisme alors que, dans le secteur industriel, les entreprises les plus innovatrices tentent de dépasser cette forme de rationalisation en faisant appel à la participatoin des travailleurs et en mettant en place des formes d'organisation du travail permettant la polyvalence plutôt que la division précise des tâches. Qu'il s'agisse du modèle japonais ou des "entreprises du troisième type", les patrons ont découvert que la participation des employés est la clef d'une entreprise désireuse d'augmenter sa productivité et son efficacité. La qualité des services passent par une forte implication des travailleurs. Comment une direction locale de C.L.S.C. peut-elle penser autrement quand la légitimité de sa fonction repose non sur la propriété de l'entreprise mais sur les services à rendre à la population? Il faut souhaiter que la génération de managers qui ont pris la direction des C.L.S.C. au milieu des années 1970 aillent se recycler à Cascades où

ils découvriront non seulement l'importance de la participation mais aussi du rapport au milieu.

Le cadre légal de la négociation et la convention collective devraient être modifiés de manière à prendre en charge la spécificité des C.L.S.C. Mais même dans l'hypothèse d'une convention spécifique aux C.L.S.C., il faut faire un pas de plus. En effet, il faut requestionner le compromis salarial fordiste dans la mesure où celui-ci ne fait aucune place au rapport au milieu et suppose une coupure radicale entre conception et exécution sans oublier une division très fixe du travail. Si ce modèle est remis en cause dans les entreprises innovatrices, il est plus que probable qu'il ne convient pas à des institutions comme les C.L.S.C. soucieuses du renouvellement des pratiques professionnelles afin de répondre plus adéquatement aux besoins du milieu et d'identifier de nouvelles demandes. De tels objectifs ne sauraient être atteints sans un mode de gestion et un contrat collectif de travail permettant une forte implication des employés et une certaine autonomie dans l'organisation du travail comme le mettent de l'avant les "entreprises du troisième type".

DEUXIEME PARTIE

RAPPORTS DE CONSOMMATION INDIVIDUELS, SOCIO-COMMUNAUTAIRES ET CATEGORIELS

INTRODUCTION

Il peut apparaître arbitraire de distinguer radicalement les rapports de travail et les rapports de consommation, surtout si l'étude porte sur les C.L.S.C. qui sont avant tout des agences de services à la population, aux usagers. A la limite, une telle distinction pourrait être acceptable pour l'étude des entreprises de production de marchandises où effectivement la tradition a le plus souvent établi deux champs d'études: les relations de production ou d'exploitation d'un côté, le mode de vie ou les habitudes de consommation de l'autre. Mais le cas des services, que ce soit la santé ou l'éducation, des observateurs comme Illich par exemple n'ont-ils pas montré que la consommation hétéronome était directement reliée à l'existence de grandes organisations bureaucratiques où la division du travail était extrêmement développée?

1. Rapports de travail et rapports de consommation

Pourtant il s'agit bien de deux types de relations puisque les principaux acteurs en présence sont distincts de même que les formes institutionnelles et les modalités de leurs relations. Il n'y a pas d'équivalent des négociations et des conventions collectives entre les universités et les étudiants, ou entre les services de santé et les usagers. L'absence de distinction claire entre les rapports de travail et les rapports de consommation provient du fait qu'il y a le plus souvent adéquation entre les deux: en effet à l'hôpital correspond un mode de consommation individualisé de la même façon que production de masse et consommation de masse sont des formes adéquates l'une à l'autre. Mais précisément ce n'est pas parce qu'il y a adéquation qu'il faut les confondre: au contraire, la distinction permet de repérer les périodes où l'absence d'adéquation peut être une source de changement sinon de transformation sociale.

2. La consommation: un rapport social

Les rapports de consommation interpellent les relations entre les producteurs de services et les utilisateurs ou usagers, que les producteurs soient des individus autonomes ou des organisations ou des agences. La question qui se pose alors peut être formulée de plusieurs façons plus ou moins équivalentes: le consommateur est-il passif, hétéronome, dépendant du producteur qui lui impose, en raison de son pouvoir et au nom de ses connaissances, sa propre définition de ses besoins? Ou au contraire est-il actif, autonome, capable de définir ses propres besoins et, à la limite, capable de produire lui-même le service plutôt que d'entrer dans un rapport de consommation? Ces questions caricaturent deux types de situation: d'un côté l'image du technocrate qui ressemble à Big Brother, manipulateur suprême, producteur de services à des individus totalement dépossédés, et ainsi par l'école, la médecine et le travail social normalisant les comportements, pour accroître leur conformité au modèle central; de l'autre, inversement, l'utopie autogestionnaire, autosuffisante et totalement autonome, sans relation de consommation. Ce sont deux caricatures parce que la consommation est précisément un rapport social, de domination sans doute, mais qui doit assumer ou inclure un minimum de participation ou de demande de la part des utilisateurs-usagers. La question n'est donc plus de savoir si la société est technocratique ou si les citoyens s'autogèrent, mais plutôt quel type de rapport de consommation s'établit entre producteur et consommateur ou encore quelle forme de compromis s'est institutionnalisée ou stabilisée à une période donnée.

Cette façon de poser la question ne signifie pas que toute consommation est incluse dans un tel rapport social: il existe des alternatives ou des services auto-produits, de la même façon que toute production n'est pas réalisée sous le mode capitaliste. Mais la recherche doit repérer les formes dominantes régulatrices des rapports entre producteurs et consommateurs.

3. Les CLSC: irruption d'une nouvelle forme

L'analyse de ce rapport social s'inspire souvent de la problématique des mouvements sociaux et de la société technocratique.[1] Le rapport social y est en effet bien posé, mais en s'attardant sur l'opposition entre mouvement ouvrier et nouveaux mouvements sociaux, cette problématique s'est interdite de voir le véritable problème: en effet, s'il existe des comportements qu'on peut nommer mouvements sociaux, la question n'est pas de savoir s'ils remplacent ou non le mouvement ouvrier mais bien plutôt à quels comportements de consommateurs ils succèdent. Il est alors possible d'idenfier les différentes formes de ces relations de consommation qui constituent autant de règles du jeu; ce n'est qu'à cette condition que dans l'analyse des relations concrètes, à travers les divers programmes de services aux populations, pourront apparaître des tensions ou conflits susceptibles de révéler les remises en question des formes existantes, sinon les indices de l'émergence de nouvelles formes sociales.

A cet égard, les C.L.S.C. émergent au début des années 1970 clairement comme une nouvelle forme des rapports de consommation des services de santé et de services sociaux. Il est vrai qu'elle ne se généralisera pas à l'ensemble du régime de santé et des services sociaux et il est vrai aussi qu'elle a été précédée d'une forme autogestionnaire qu'étaient les cliniques communautaires de quartier.

En s'implifiant, on peut caractériser la forme dominante qui prévalait jusque-là comme un rapport individuel de consommation. Les services médicaux en particulier, et surtout depuis l'assurance-hospitalisation, s'étaient développés sur le modèle biomédical, selon lequel à chaque maladie correspond une pièce défectueuse que la chimie ou la chirurgie saura bien réparer. La guérison implique donc la consommation, sous forme de médicaments ou d'intervention, la relation entre le professionnel et le consommateur est individualisée, et la dépendance est d'autant plus forte que la science et la technique sont synonymes de progrès. Car à ce rapport individuel correspond la société de masse où tous les individus sont isolés face aux grandes organisations privées et/ou étatiques qui dirigent les sociétés vers l'abondance.

---

1 En particulier des analyses d'Alain TOURAINE; voir entre autres: La voie et le regard, Paris, Seuil, 1978.

Ce rapport individuel de consommation des services sociaux et de santé entre en crise au début des années '70: les coûts financiers du système croissent à un rythme exponentiel et menacent les finances de l'Etat; divers mouvements sociaux contestent la dépendance des usagers et les discriminations et les abus qu'elle entraîne; la technocratie de l'Etat s'oppose aux corporations libérales d'ancien régime; les quartiers défavorisés, avec l'aide de médecins et de travailleurs sociaux progressistes, se sont donnés des cliniques autogérées. Ces forces convergent, malgré l'opposition des médecins, vers l'élaboration d'un nouveau rapport de consommation qu'on peut nommer socio-communautaire et qui s'actualisera dans les CLSC. L'accent est dorénavant mis sur la prévention et surtout sur la responsabilité de la population locale quant aux problèmes de santé et de services sociaux. Les populations sont appelées à définir leurs propres besoins par des enquêtes et inventaires; des représentants de la population siègent sur le conseil d'adminstration des CLSC; les usagers participent à des comités d'orientation ou d'évaluation; de sorte que les professionnels sont dorénavant engagés par les usagers qui ont défini les grands axes de services de "leur" CLSC.[2]

Ce rapport socio-commnunautaire de consommation correspond globalement au rapport socio-politique de travail caractérisé par diverses modalités de cogestion et de déprofessionnalisation. C'est cette adéquation entre les deux rapports qui a donné lieu à cette forme organisationnelle originale qu'ont prise les CLSC lors de leur implantation. Forme éminemment conflictuelle que ce "projet populaire" non seulement parce que les rapports de travail et les rapports de consommation se sont renouvelés en même temps et que chacun d'eux n'avait pas acquis de stabilité mais aussi parce que l'articulation entre les deux rapports posait des défis que seule une longue expérimentation aurait pu contribuer à surmonter. On peut faire l'hypothèse qu'une grande homogénéité socio-économique des populations et des divers agents était une condition favorable, comme le montrerait la Clinique communautaire de Pointe Saint-Charles.

---

2 Il ne saurait être question ici de reprendre toute l'histoire des CLSC. Voir à ce sujet le résumé de la littérature dans l'introduction générale et notre monographie: La bureaucratie contre la participation, Montréal, Dép. de sociologie, UQAM, 174 pp.

Ce rapport socio-communautaire de consommation avait une grande force car il opposait l'Etat à toute une communauté locale ou tout au moins à de larges catégories sociales, ce qui a permis la décentralisation ou la "localisation" des services étatiques. A son tour, cette forme institutionnelle des rapports de consommation a été remise en question. L'instabilité du projet populaire lui-même, les pressions du milieu médical, les tendances uniformatrices et centralisatrices de la technocratie, mais aussi les divisions de la communauté sur elle-même, la différenciation de plus en plus évidente des clientèles ont fait émerger un rapport catégoriel de consommation. En effet, la communauté s'est transformée en diverses populations-cibles auxquelles correspondaient les programmes de services: personnes âgées, péri-natalité, maintien à domicile, jeunes, santé scolaire, de sorte que même les services médicaux et sociaux dits courants ont été orientés vers les populations à risques élevés. Ces populations-cibles représentent des catégories abstraites découpées par les statistiques, mais en même temps elles tendent à se constituer en groupes sociaux pour établir un rapport collectif à la consommation plutôt que de "régresser" vers le rapport individualisé. Ainsi les personnes âgées, les femmes violentées, les jeunes... forment de plus en plus des catégories sociales qui permettent une possible emprise sur la définition des besoins et des politiques sociales.

En somme la fusion de catégories sociales diverses en communauté relativement homogénéisée à propos de la création de leur CLSC s'est disloquée par la résurgence des catégories ou classes sociales et la transformation de catégories statistiques en population-cibles. Le quartier ou le territoire est-il, recomposé simplement en un lieu de coexistence d'élites locales et de groupes-cibles ayant leurs intérêts et leurs orientations politiques propres? La diversification de la population en groupes-cibles pourrait expliquer aussi la diversité des programmes gérés par les CLSC: l'action communautaire correspondant justement à la période précédente et investissant dans les problèmes et avec les catégories sociales du milieu. A l'autre extrême, le programme de santé au travail est relié à une population-cible qui n'appartient souvent même pas au quartier. Cette diversification peut rendre compte aussi de la tendance observée dans certains CLSC à "équilibrer" les représentants d'usagers au conseil d'administration selon les diverses populations-cibles et programmes: personnes âgées, jeunes...

L'analyse qui suit les divers programmes permettra de préciser le type de rapport de consommation qui caractérise chaque population et peut-être de raffiner ces premières institutions, car plusieurs types peuvent coexister, y compris les formes "dites" anciennes ou qui étaient antérieurement dominantes. Il faut garder aussi à l'esprit le retour sur les rapports de travail, car il faudra poser la question de l'adéquation entre rapports de travail et rapports de consommation. A titre d'exemple, les rapports collectifs de consommation, dans la mesure où les populations-cibles sont souvent regroupées en organismes nationaux et dans la mesure où ces organismes nationaux ont tendance à faire pression sur l'Etat pour l'obtention de politiques nationales, à ces conditions donc ne peut-on pas prévoir que les forces sociales dans le rapport de consommation contribuent à une plus grande centralisation des programmes? Inversement, les rapports de travail qui s'articulent au niveau local dans des organisations qui se définissent encore idéologiquement comme communautaires n'auront-ils pas tendance à favoriser plutôt la décentralisation, même si ces rapports de travail par leur convention collective se sont donnés une forme nationale et centralisée? Est-il possible aujourd'hui d'articuler une convention nationale de travail et des rapports communautaires et décentralisés de consommation? Autant de questions sur lesquelles il faudra revenir en conclusion.

CHAPITRE III

LA DELOCALISATION DE LA PROGRAMMATION

L'une des dimensions des formes organisationnelles des C.L.S.C. qui participent à leur personnalité propre est certe la place qu'y occupent les programmes locaux, c'est-à-dire ceux qui échappent à une programmation nationale. Dans notre perspective la période marquée par le compromis socio-politique, celle qui coïncide avec la naissance des C.L.S.C. comme réalité institutionnelle fut caractérisée par la localisation de l'intervention et du mode de consommation des services sociaux sanitaires.

Même si les C.L.S.C. d'origine ont été majoritairement bâtis et consolidés par suite de dénombrement et reconstitution d'établissements ou de services déjà existants - unités sanitaires, soins à domicile des hôpitaux généraux - on a constaté tout de même que la dynamique qui les a traversés était innovatrice.[1]

Sur le plan de l'intervention et la production des services, comme jeunes établissements, auxquels étaient assignés des objectifs de nouveauté dans la distribution de leurs services, les C.L.S.C. ont été amenés à embaucher de jeunes personnels, parfois assez fringants et plein d'idées novatrices en matière de vision de la santé, des services sociaux, de participation communautaire, de pratiques professionnelles, de relations de travail.[2]

---

1 Rapport du comité de réflexion et d'analyse des services dispensés par les C.L.S.C., 1987, p. 12.

2 Fernand PARENTEAU. Historique actualité... des C.L.S.C.

D'autre part, les C.L.S.C. devaient prouver la participation de la population tant pour identifier les problèmes auxquels elle est confrontée que pour détecter et mettre en branle les moyens de résorber ces mêmes problèmes. Ces établissements sont devenus, dans leur milieu respectif, de nouveaux leaders qui se sont parfois frottés aux leaders existants et aux élites locales[3] avec le cortège de conflits avec les dirigeants locaux, les médecins traditionnels et des administrations désorientées.

Cette période participationniste et innovatrice est également marquée par l'absence de règles administratives du MAS à l'endroit des C.L.S.C., de leurs programmes comme de leur pratique professionnelle. Quasi-absence bien sûr d'institutions relais comme les CRSSS qui n'ont pas, comme à l'image des C.L.S.C., trouvé leur vocation formelle. Bref, l'autonomie administrative des C.L.S.C. est une autre caractéristique de la première période, autonomie légitimée par une décentralisation et une régionalisation qui allait de pair avec l'établissement nouvellement créé.

C'est ce que l'on peut lire clairement dans le rapport Parenteau déjà cité:

> C'est ainsi que croyons-nous, face à une certaine "non-directivité" de la part du ministère, certaines responsabilités non assumées, certaines fonctions non exécutées ou évacuées ont été subsidiairement remplies et comblées, par exemple, par la Fédération des CLSC du Québec, qui est devenu ainsi la principale instance pour évaluer les services des C.L.S.C., qui est devenue le conseiller principal des C.L.S.C. pour les assister dans leurs programmations et pour leur fournir des instruments de travail; la Fédération des C.L.S.C. s'est substituée ainsi, croyons-nous, par exemple, soit au Service des Programmes du ministère qui perdait de plus en plus d'effectifs et d'impact possible, soit encore, aux directions de planification, de contrôle et d'évaluation qui elles aussi sont devenues de plus en plus limitées à un rôle d'observateur silencieux et impuissant.[4]

---

3 Ibid, p. 17.
4 Ibid, p. 47.

Même si l'analyse proposée par le rapport Parenteau révèle l'autonomie des C.L.S.C. comme étant le résultat d'un laissez-faire quelque peu responsable du MAS, cette analyse a postériori cherchant à justifier de nouveaux contrôles, il n'en demeure pas moins qu'elle met en évidence une réalité organisationnelle qui perdurera jusqu'au début des années '80.

De facto, la décentralisation, la régionalisation et l'autonomie administrative des C.L.S.C. vont permettre dès l'origine, la spécification de deux types de C.L.S.C. selon qu'ils soient de milieu rural ou urbain. "Dans les milieux ruraux notamment, le développement des C.L.S.C. a eu tendance, dans les premières années à tout le moins, à privilégier davantage les services sanitaires plus que les services sociaux et communautaires, les demandes de services infirmiers et médicaux s'avéraient beaucoup plus nombreuses que pour les autres types de services".[5]

> "Par contre, dans les milieux urbains, ou dans les milieux situés plus au centre du Québec, où existaient déjà plusieurs installations hospitalières et où pratiquaient de plus nombreux professionnels de la santé, le développement des C.L.S.C. a eu tendance à privilégier davantage les services sociaux et communautaires, les demandes de services infirmiers et médicaux pouvant être assez facilement satisfaites par les services "traditionnels" existants."[6]

---

5 BELANGER, Claire. Evaluation des performances relatives des C.L.S.C. de 1975 à 1979, M.A.S., Direction des services communautaires, Québec, 1980, p. 63, cité dans PARENTEAU, op. cit., p. 53.

6 Rapport PARENTEAU, op. cit., p. 54.

Plus encore, la spécificité initiale est non seulement marquée, selon le milieu, par une dominante médicale ou sociale, mais encore chacune de ces dominantes est traversée par le renouvellement des pratiques professionnelles. Pour l'aspect médical, des recherches[7] ont démontré que "la pratique médicale de l'époque et exercée en CLSC a été évaluée comme étant de qualité significativement meilleure que celle exercée en polyclinique privée".[8]

De plus dans le domaine de la pratique socio-communautaire, les C.L.S.C. de la première période ont été marqués par l'innovation en cherchant le développement de la prise en charge collective des populations sur les problèmes et les besoins auxquels elles étaient confrontées. C'est ainsi que des programmes originaux de maintien à domicile, de loisirs socio-culturels, de conditionnement physique, de logement collectif ont été mis sur pied pour les personnes agées, que des maisons de jeunes ont pris naissance, que des nouvelles approches face aux itinérants ont été initiées, que des projets éducatifs d'employés ont été mis sur pied, que des programmes de sécurité au travail ont été réalisés bien avant ceux de la CSST, etc.

Bref, le C.L.S.C. de première période est un établissement dont la programmation est essentiellement locale. Cette localisation ne signifiant absolument pas que l'on y faisait n'importe quoi n'importe comment, mais que la détermination des contenus et des pratiques étaient fondamentalement articulée à une demande sociale à laquelle, pour pouvoir se développer, le C.L.S.C. se devait d'être extrêmement sensible.

En plus de l'hostilité des établissements médicaux et hospitaliers, les C.L.S.C. se sont rapidement confrontés à celle des élites et des politiciens locaux:

---

7 BEAUCHEMIN, Jean, LALONDE, Carole. Les déterminants de la pratique médicale: une comparaison des C.L.S.C. et des polycliniques au Québec, Mémoire collectif présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences (M.Sc), Montréal, août 1981, 201 pp.

8 Rapport PARENTEAU, op. cit., p. 62.

> "Toujours dans le but d'améliorer les conditions sociales et économiques des individus et des communautés, et par ce biais, dans le but d'améliorer la santé, l'adaptation et le fonctionnement des personnes, une interaction agissant entre les conditions de vie et l'environnement socio-économique, les C.L.S.C. se sont encore impliqués dans le développement économico-social du territoire."
>
> (...)
>
> Ce genre de projets auxquels on s'est "attaqué pour une cause juste et défendable, qui cadrait, somme toute, avec les mandats généraux des C.L.S.C. s'est pourtant avéré hautement problématique; par ces initiatives, en effet, les C.L.S.C. "attaquaient" ou "entachaient" du même coup le leadership de certains députés ou d'élites locales et ils devenaient en même temps des groupes de pression, financés par l'Etat, plus embarrassants qu'utiles pour les différents niveaux de gouvernement en place.
>
> C'est notamment ce type d'activités qui a heurté et qui continue de heurter politiciens et administrateurs qui voient mal comment et pourquoi des services socio-sanitaires et communautaires peuvent vouloir influencer le développement économique et le développement d'infrastructures qui, a priori, n'ont rien à voir avec la santé et les services sociaux."[10]

Si la forme organisationnelle initiée par le compromis politique a permis la localisation de la programmation des C.L.S.C., la conflictualisation des pratiques médico-sanitaires et socio-communautaires, et a débouché sur la politisation de l'existence même des C.L.S.C. C'est ainsi que par une série de procédures administratives et d'interventions politiques on allait imposer une nouvelles forme organisationnelle aux C.L.S.C. qui allait aboutir à la délocalisation de la programmation. En fait cette délocalisation, jusqu'à un certain point, coïncidera avec une décommunautarisaton de la consommation des services et à un recyclage cible à la demande sociale identifié comme attente d'une population à risque par la technocratie.

---

10 Rapport PARENTEAU, op. cit., p. 68

TABLEAU X: BUDGETS IMPARTIS AUX C.L.S.C.(1) DEPUIS LEUR CREATION EN 1972 EN REGARD DU BUDGET TOTAL DU MINISTERE

Année	Budget	Nombre	Budget du MSSS	% du bugdet C.L.S.C./MSSS
1971-72	210 000$	2	1 589 412 800$	0,01
1972-73	1 487 000	21	1 695 036 900	0,08
1973-74	3 842 000	42	1 911 202 000	0,20
1974-75	8 450 000	66	2 427 979 600	0,35
1975-76	15 274 000	70	2 977 518 500	0,51
1976-77	37 265 000	82	3 511 293 100	1,06
1977-78	45 155 000	82	3 914 864 100	1,15
1978-79	56 393 000	82	4 582 226 100	1,23
1979-80	66 227 000	82	4 817 013 900	1,37
1980-81	140 650 200	101	5 141 548 700	2,73
1981-82	160 852 100	101	5 341 801 600	3,01
1982-83	182 863 700	107	5 174 144 100	3,53
1983-84	194 239 100	109	5 342 132 200	3,63
1984-85	277 475 600	136	5 646 912 900	4,91
1985-86	346 128 600*	148	5 809 853 700	6,12
1986-87	344 707 400**	148	6 242 860 700	5,52

(1) y compris les sommes consacrées aux autres vocations.

* incluant les transferts des C.S.S. en fiducie dans les C.R.S.S.S.

** diminution attribuable aux changements de vocation de trois C.L.S.C.

Source: F. Parenteau, M.S.S.S., 1987.

TABLEAU XI: RYTHME D'IMPLANTATION DES C.L.S.C. (1972-1986)

RYTHME D'IMPLANTATION DES C.L.S.C. 1972-1986	
Période	Nombre de C.L.S.C.
1972-1973	33 (incluant 1 centre de santé)
1973-1974	32 (incluant 1 centre de santé)
1974-1975	5 (incluant 1 centre de santé)
1975-1976	Aucun
1976-1977	15 (incluant 6 centres de santé)
1977-1978	Aucun
1978-1979	Aucun
1979-1980	Aucun
1980-1981	16 (incluant 3 centres de santé)
1981-1982	6
1982-1983	2
1983-1984	15
1984-1985	13 (incluant 1 centre de santé)
1985-1986	17 (devant être opérationnels en 1986-1987)

Source: Rapport Brunet, p. 11.

TABLEAU XII: DISTRIBUTION DES EFFECTIFS COMMUNAUTAIRES PAR PROGRAMME ET PAR RÉGION*

Programmes	Régions											
	01	02	03	04**	05	06A	06B	06C	07	08	09	Toutes régions
Santé au travail	.01	.5	1.55	-	1.2	3.93	-	1.3	-	-	1.2	9.69
Maintien à domicile[1]	-	3.4	6.2	-	2.2	23.18	4.2	4.6	.4	.6	1.5	46.28
Santé maternelle et infantile[2]	.2	.7	.1	-	2.3	4.4	.9	1.6	.10	.2	1.2	11.7
Planification des naissances	-	-	-	-	-	.5	.6	-	.02	-	-	1.12
Services de santé courants	-	-	-	-	-	.25	-	-	-	.2	.1	.55
Santé préventive	.38	.5	.8	-	2.2	4.9	1	-	.02	.4	-	10.2
Services sociaux courants	.4	1.5	.7	-	1.2	3.7	1.5	1	.02	.9	1	11.92
Jeunesse[3]	1.11	2.63	7.05	-	4.9	12.85	6.2	7.2	.67	.9	2.6	46.11
Action communautaire	10.3	5.2	26	-	10	27.16	9.3	10.5	5.6	4.8	2.4	11.26
Autres	.5	-	2.8	-	-	1.1	1.8	-	.17	-	-	6.37
Total	12.9	14.43	45.2	-	24	81.97	25.5	26.2	7	8	10	255.2

* Bien que cette donnée n'ait pas été fournie par l'ensemble des C.L.S.C., 81,8 % des effectifs communautaires totaux ont tout de même pu être distribués par programme.

** Données non disponibles.

1. Maintien à domicile: soins et aide à domicile.
2. Santé maternelle et infantile: périnatalité et santé infantile
3. Jeunesse: santé scolaire et service sociaux scolaires.

Source: Marie Jobin, op. cit. p. 10.

L'existence même des C.L.S.C. fut remise en question par des opérations politiques, et ce dès trois ans après leur naissance[11]. A une Opération bilan s'est ajouté de nombreuses mises en tutelle[12], sans compter le sous-financement chronique et le ralentissement dans le processus de création des C.L.S.C.[13] pendant que se multipliaient les polycliniques privées.

Quand la délocalisation de la programmation, même si elle déterminera radicalement les C.L.S.C. de la deuxième génération, elle aura pour origine l'assignation de nouveaux et de nombreux mandats aux C.L.S.C. par le MAS:

> "Enfin, une dernière constante à souligner dans cette section-ci du chapitre, c'est que, si aucun document majeur n'a été produit, depuis 1977, concernant les vocations et fonctions des C.L.S.C., plusieurs textes et documents ministériels ont néanmoins assigné de nombreux nouveaux mandats aux C.L.S.C., sans toujours accompagner ces tâches et responsabilités de ressources humaines, matérielles et financières qui soient pleinement supportantes et satisfaisantes.
>
> Ainsi en a-t-il été avec la politique sur les services à domicile, avec le programme des soins dentaires préventifs, la politique d'aide aux femmes victimes de violence, la politique à l'égard des personnes âgées, pour ne citer que ces quelques documents officiels majeurs. Le discours ministériel a beaucoup investi les C.L.S.C. de mandats et tâches, sans y injecter les fonds qui soient appropriés et conséquents avec les responsabilités confiées."[14]

---

11 CHAMPOUX, Louis et al. Rapport du groupe d'étude... fonctionnement ces centres locaux de services communautaires au Québec, Montréal, 1978.

12 Voir Tableau XI

13 Voir Tableau XII

14 Rapport PARENTEAU, op. cit. p. 32.

Outre les soins de santé couvrant la marque de commerce de la programmation des C.L.S.C., allait être ces nouveaux mandats et au premier chef des services et des soins à domicile.

> "Comme les C.L.S.C. se sont occupés valablement de ce programme des services à domicile en leur consacrant souvent, dans tous les établissements, plus que le budget protégé et affecté officiellement à ce seul domaine de services, les C.L.S.C. ont ainsi réussi, il nous semble, à faire modifier des impressions et des attitudes négatives à leur égard, en devenant du même coup sympathiques aux hautes autorités ministérielles, qui, les connaissant mieux, ont atténué leur scepticisme et réticences au point de vouloir consolider leurs programmes et activités."[15]

Issues des transferts de programmes et de ressources, les C.L.S.C. allaient hériter de la santé maternelle et scolaire, lorsqu'au début des années '80, ils héritent de contrats de sous-traitance en santé et sécurité au travail en provenance des D.S.C. Enfin, dès 1984-85 on procède à de nouveaux transferts de ressources et de mandats. Cette fois-ci, des C.S.S. vers les C.L.S.C. (sauf dans la région de Montréal), les C.L.S.C. devant assurer les services sociaux de première ligne pour la population de leur territoire.

Si les services et soins à domicile ont apporté quelque satisfaction technocratique et politique à l'égard des C.L.S.C., les relations inter-institutionnelles dans le réseau de la santé et des affaires sociales ne vont guère en s'améliorant:

---

15 Ibid, p. 40.

> En regardant le budget total, nous voyons donc qu'une très forte proportion du budget des C.L.S.C. leur est venue par des transferts de ressources "extirpées" des autres établissements, au grand déplaisir de ces "perdants", ainsi que nous l'avons écrit auparavant; cette réalité a engendré, chez ces derniers, comme on l'a dit aussi, de profondes frustrations et des attitudes de surveillance et de dénonciation des activités des C.L.S.C., dès que celles-ci pouvaient sortir de l'ordinaire et qu'elles semblaient contrevenir aux attentes et aux pratiques traditionnelles."[16]

Mais en fait, les anciens et encore davantage les nouveaux C.L.S.C., n'auront plus souvent l'occasion de "sortir de l'ordinaire" ni de rompre avec "les pratiques traditionnelles" dans la mesure où les mandats nationaux les auront financièrement et administrativement enfermés dans des programmes, qui de par leur origine ou de par leur nature même, limitent la possibilité d'une pratique originale préventive et communautaire.

Dans le cadre de notre recherche terrain, la majorité des directeurs généraux de C.L.S.C. nous ont affirmé que les programmes locaux occupaient une place de plus en plus marginale dans la programmation et dans les activités des C.L.S.C. Pour le plus ancien de nos C.L.S.C. cependant, les programmes locaux recouvrent encore 25 % du budget alors que dans les autres établissements le pourcentage du budget attribué aux programmes dits locaux est de l'ordre de 5 % à 15 % des budgets totaux des établissements.

Au surplus, il faut signaler que de nombreux programmes locaux sont très souvent des appendices de programmes nationaux, en santé maternelle et infantile et en maintien à domicile. Toutefois, dans la mesure où le renforcement des programmes nationaux origine d'exigences de population cible du milieu, on peut ainsi mieux accepter cette situation de dépendance de la programmation locale. Cette situation étant l'indice d'un passage à la dominance des demandes catégorielles sur les exigences communautaires.

---

16 Ibid, p. 44

A titre d'illustration de la programmation locale de nombreux C.L.S.C., ont eu à privilégier les interventions auprès des jeunes et des maisons des jeunes. Le contexte du chômage massif, de difficultés économiques liées aux politiques discriminatoires de l'aide sociale, les problèmes spécifiques de santé mentale chez les 15-30 ans ont incité de nombreux C.L.S.C. à privilégier cette clientèle; d'autant qu'elle n'occupe aucune place dans les programmes nationaux outre les soins de première ligne.

Par ailleurs, les programmes locaux sont souvent marqués par une approche communautaire, que ce soit sur les questions de l'environnement, de développement économique et de l'emploi, ou encore initiés à partir d'une intervention de groupe auprès d'adultes séparés ou divorcés, de personnes âgées et d'enseignants.

Dans la mesure où programmes locaux et action communautaire sont souvent associés, il est intéressant de connaître l'état de situation de celle-ci dans le réseau des C.L.S.C. A partir d'une recherche de la Fédération des C.L.S.C., on constate que:

1° Les C.L.S.C. disposent de 312.1 postes d'organisateurs communautaires, de travaillailleurs communautaires ou de travailleurs de quartier.

2° 65 C.L.S.C. implantés avant 1980 comptent 202.1 ressources communautaires soit: 64.8 % des ressources alors qu'ils représentent 45 % des établissements.

3° Si 43,6 % des ressources font partie du programme action communautaire, 26,1 % des effectifs communautaires totaux sont affectés aux activités socio-économiques, à savoir principalement l'emploi et le logement. Tableau XIII, XIV.

4° 56.4 % des ressources sont intégrées aux différents programmes.

TABLEAU XIII: EFFECTIFS COMMUNAUTAIRES PAR SECTEURS D'ACTIVITÉS SOCIO-ÉCONOMIQUES PAR RÉGION

Secteurs de l'activité socio-économique	Régions											
	01	02	03	04	05	06A	06B	06C	07	08	09	Toutes régions
Emploi	1.2	.8	3.05	1.35	1	2.04	1.3	5.2	.55	.2	1.7	18.39
Habitation/Logement	1.05	.5	.90	.85	2.5	11.94	.5	2.216	.4	.4	2.6	23.86
Développement économique et industriel	2	-	.15	.65	1.5	.35	.5	.136	-	.2	.3	5.79
Transport	1.95	.8	.4	1	-	2.05	1.1	.577	.4	-	.2	8.48
Aménagement du territoire	1.15	-	.4	-	-	1.35	-	.1	-	-	-	3
Loisirs socio-culturels	1	.5	.2	-	3.8	6.16	.7	.827	.25	.4	.4	14.24
Education physique	-	.4	-	.95	-	.39	.1	.011	-	-	-	1.85
Intégration culturelle	.5	-	-	.3	1	3.68	-	.227	-	.2	-	5.91

Source: Marie Jobin, op.cit., p. 13.

TABLEAU XIV: POURCENTAGE D'EFFECTIFS COMMUNAUTAIRES PAR PROGRAMME

Programme	Pourcentage
Action communautaire	43,6 %
Autres programmes	56,4 %
Maintien à domicile	18,1 %
Jeunesse	18,0 %
Services sociaux courants	4,7 %
Santé maternelle et infantile	4,6 %
Santé au travail	3,8 %

Source: Marie Jobin, op. cit., p. 11.

Conclusion

Il apparaît clairement que les C.L.S.C. d'aujourd'hui ont été reprogrammés en fonction d'impératifs déterminés ailleurs que par les communautés locales, que cette reprogrammation soit accompagnée de restrictions budgétaires et d'une politique de sous financement de nouveaux mandats, qui ont gravement affectés la marge de manoeuvre des administrations locales qui se sont vu ainsi réduire d'autant, leur initiative et leur capacité de continuer ou de démarrer de nouveaux projets locaux. Au surplus, cette diminution de la marge de manoeuvre s'est accompagnée de rétrécissement de l'action communautaire, en particulier celle qui avait une portée socio-sanitaire à long terme en cherchant à modifier les conditions de logements et de vie économique par la création d'emplois.

CHAPITRE IV

PROGRAMME SANTE SCOLAIRE: LES TENTATIONS D'UN NOUVEAU CIBLAGE

L'intérêt d'étudier les interventions des C.L.S.C. en matière de santé scolaire et soins dentaires est que, ces programmes originent d'institutions externes (municipalité, commission scolaire ou département de santé communautaire). Ils ne sont pas à l'origine même marqué par la problématique C.L.S.C., à savoir l'approche globale préventive et multidisciplinaire. Ces programmes sont donc des mandats attribués aux C.L.S.C. à la suite de transferts essentiellement venus des départements de santé communautaire (D.S.C.), parfois de commission scolaire et de municipalité, principalement dans la région de Montréal.

1. Etat de la situation

Dans les six (6) C.L.S.C. qui ont fait l'objet de notre étude, on constate l'existence d'interventions similaires dans chacun des programmes. Ces interventions relativement homogènes touchent toutes les activités réalisées par les infirmières et les hygiénistes dentaires dans le cadre des programmes mis au point par les D.S.C., en milieu primaire et secondaire.

Au niveau primaire, on retrouve dans tous les C.L.S.C. des interventions de prévention et de dépistage immunisation, dépistage auditif et visuel, hygiène dentaire, maladie contagieuse et nutrition. Au niveau secondaire, l'interprétation est beaucoup plus diversifiée. On retrouve des éléments communs à tous les C.L.S.C. dans les moyens utilisés - consultations individuelles, rencontres de groupe - plutôt que sur les contenus des interventions. Certains C.L.S.C. mettent l'accent sur une approche médicale alors que d'autres mettent l'accent sur une approche psycho-sociale de l'intervention jeunesse.

On peut dire qu'il existe un programme cadre implicite qui est appliqué au niveau primaire; l'homogénéité à ce niveau s'explique peut-être par l'autonomie relative des intervenants - infirmières et hygiénistes dentaires - qui n'ont pas modifié leur pratique ni leur programme en passant des D.S.C. au C.L.S.C.

Au niveau secondaire, la dynamique du milieu, (jeunes adolescents, direction d'école, enseignants et professionnels et non-enseignants, comité de parents) force souvent une adaptation des intervenants des C.L.S.C. aux besoins du milieu. De là la diversité des intervenants qui, malgré tout, touchent à des thèmes communs aux réalités des jeunes au niveau secondaire: sexualité, contraception, M.T.S. toxicomanie, drogues, nutrition et non-violence.

On constate également une très grande diversité de la place de chacun des programmes dans l'organisation des différents C.L.S.C. Tantôt les programmes santé scolaire et santé dentaire sont intégrés à un programme jeunesse plus large; tantôt, ils sont intégrés dans un service de santé; ailleurs, ils sont distribués dans trois services distincts.

Quelques interventions spécifiques méritent d'être signalées parce qu'elles expriment bien la capacité d'innovation et d'intégration de certains C.L.S.C. aux besoins du milieu. Pour ce faire, cependant, ces C.L.S.C. ont dû diversifier et augmenter les intervenants en milieu jeunesse à l'école dans la communauté.

- Une intervention au niveau primaire, (sixième année), pour donner une formation à la prévention et aux premiers soins aux jeunes gardiennes.

- Un projet expérimental dans deux classes spéciales visant à trouver une nouvelle approche auprès des élèves de ces deux classes compte tenu que les références étaient nombreuses et avec les mêmes caractéristiques. A l'aide d'activités positives, valorisantes et non-culpabilisantes, on cherche à améliorer la relation professeur-étudiant.

- Trois C.L.S.C. ont donné un large appui à la création d'une maison de jeunes dans leur communauté. Dans ce type d'intervention, tous les C.L.S.C. notent le fait que la majorité des ressources étant au niveau scolaire l'intervention communautaire jeunesse est laissée pour compte alors que les plus gros problèmes sont à ce niveau.

- Dans un C.L.S.C., on garde un peu de temps d'une hygiéniste dentaire affectée au scolaire pour lui permettre des interventions auprès des personnes âgées et des femmes enceintes.

- Pour deux C.L.S.C., la prévention en hygiène dentaire des interventions au niveau des municipalités pour une politique de fluoration d'eau potable. Deux C.L.S.C. participent à une table régionale de concertation jeunesse mise sur pied par un groupe d'intervenants dans la communauté.

- Un C.L.S.C. a mis sur pied une véritable clinique santé jeunesse multi-disciplinaire qui s'est adaptée aux besoins exprimés par la clientèle en terme de disponibilité - ouverture le soir - sans rendez-vous et qui augmente les ressources là où les besoins se font le plus sentir - suivi psychologique.

Ces innovations ne sont pas l'aspect dominant des interventions jeunesse par les C.L.S.C., ces interventions et les ressources restant fortement marquées par leur origine de santé publique en milieu scolaire. Si la majorité des C.L.S.C. se contentent de reprendre à leur compte les programmes des D.S.C., c'est d'une part parce que l'ajout des ressources dans le secteur jeunesse, les budgets globaux n'augmentent pas par ailleurs. Il faudrait priver un autre programme de ces ressources actuelles. D'autre part, comme le dira une infirmière de longue expérience:

> "Si le C.L.S.C. n'a pas de programme pour les jeunes, c'est parce que les jeunes c'est une clientèle qui fait peur. Elle est perçue par les intervenants professionnels et les administrations comme une clientèle ingrate. Or, c'est une clientèle qui pour venir, a besoin de se sentir accueillie."

Un programme jeune est-il possible dans un C.L.S.C.? Nous y reviendrons.

2. Problèmes soulevés

. Difficultés d'intégration

Toutes les infirmières que nous avons rencontrées ont témoigné des difficultés d'intégration dans le milieu scolaire. La gestion du temps, l'orientation donnée au travail infirmier, le support apporté par l'école sont les principaux éléments de tension. Ces témoignages confirment les résultats d'un état de situation[1] sur le programme de santé scolaire dans la grande région de Montréal. Au problème soulevé plus haut s'ajoutait la langue parlée par l'infirmière.

Concernant les problèmes de gestion du temps, les commissions scolaires et les C.L.S.C. constatent des difficultés au niveau du remplacement d'infirmières malades, la présence horaire des infirmières qui ne concordent pas avec l'horaire des étudiants, les vacances des infirmières pendant l'année scolaire et les temps de formation pendant les jours d'école.

La carence des ressources en personnel infirmier pour desservir adéquatement l'ensemble des écoles est également soulevée. C'est ainsi que la responsabilité à l'égard des premiers soins est particulièrement litigieuse entre la direction des écoles et les infirmières qui refusent généralement de faire les premiers soins. Une coordonnatrice de programme explique cette résistance des infirmières:

---

1 Normand LAUZON. Etat de situation sur le programme de santé scolaire appliqué par les C.L.S.C. équipés de services de premières lignes dans la région du Montréal métropolitain, C.S.S.S.R.M., 26 mai 1986.

> "Selon Statistiques Canada en 1981, 75 % des accidents mortels concernent des enfants de 0 à 14 ans. Si tous connaissaient les premiers soins (respiration artificielle, par exemple) pratiqués comme un jeu par les enfants, ils ne paniqueraient pas et ne perdraient pas 10 minutes à chercher quelqu'un lorsque surviendra un accident. Il faut démystifier les premiers soins. En cas de situation grave on enverra l'enfant à l'hôpital. Idéalement, même les parents devraient être formés. Aussi, si les infirmières forment tout le monde, elles pourront sauver des vies, au lieu d'être toujours occupé à mettre des pansements.

Si l'argument semble l'emporter sur le plan pédagogique, il n'est pas certain qu'il ait le même succès sur le plan socio-sanitaire. En effet, dans un C.L.S.C. où les infirmières ont accepté de faire les premiers soins dans les écoles, le rapport annuel conclut qu'après 1 500 consultations:

> "Après avoir vérifié les symtômes et procédé à une évaluation de la condition physique des enfants, il ressort que la grande majorité est amenée en consultation à la suite de malaises psycho-sociaux reliés à des problèmes de malnutrition, de violence, de stress et de dépression, de fatigue et d'insomnie."

Or, il se trouve que la plupart des difficultés d'intégration pourraient être de beaucoup atténuées si le lien contractuel entre les C.L.S.C. et les commissions scolaires était formalisé par écrit. Actuellement, c'est une minorité de C.L.S.C. qui ont signé de tel contrat de service qui prévoit en particulier un comité mixte pour traiter des questions relatives à la programmation et à la dispensation des services. Là où de tels contrats ont été signés les problèmes et leur solution sont beaucoup moins nombreux et rapidement réglés. Suite à ce constat, le CSSSRM a mis au point un projet de contrat type entre C.L.S.C. et commission scolaire.

. **Informations sur la santé**

L'intervention des infirmières au niveau secondaire consiste souvent en des activités d'information individuelle ou de groupe. Cela amène des pratiques très diversifiées selon la qualité des intervenantes, l'articulation avec les autres ressources comme les enseignants, la capacité de l'infirmière d'intervenir en groupe, et l'autonomie laissée à l'infirmière par l'école.

Le témoignage d'une infirmière est révélateur à cet égard:

> "Beaucoup de problèmes des jeunes sont liés à l'inadéquation de l'école en fonction de leurs attentes, de leurs besoins. Cela se double d'une croissance de lourdeur des programmes scolaires alors que la majorité des étudiants en ont déjà trop. On doit être aussi conscient des contradictions entre les problèmes identifiés par les intervenants à la base - contraception, sexualité, avortement - et l'idéologie puritaine et catholique des comités de parents. Le débat autour des condoms en témoigne."

Ces tensions inter-institutionnelles s'ajoutent aux difficultés d'articulation souvent signalées entre la formation programmée par le C.L.S.C. et les cours de formation personnelle et sociale de l'école est parfois réussie, elle est toujours menacée par une redéfinition des programmes de sciences qui peuvent sinon éliminer, du moins rendre optionnels, les cours de formation sociale où intervient l'infirmière dans une perspective de prévention collective et/ou à titre de personnes ressources.

A ce niveau, ce sont des contradictions entre le réseau du ministère des Affaires Sociales (M.A.S.) et celui du ministère de l'Education du Québec qui se traduisent autant dans les C.L.S.C. que dans les écoles. Ces conflits sont d'autant plus difficiles à vivre pour les C.L.S.C. qu'il n'existe aucun programme intégré de la santé des jeunes[2] qui serait susceptible d'être partagé par les intervenants du milieu.

En l'absence d'un tel programme intégré, les problèmes de communication se multiplient d'autant. Ainsi, au niveau du dépistage, les commissions scolaires et écoles n'ont pas été toutes informées de l'orientation donnée par le ministère à l'effet que seul le dépistage visuel est la seule activité qui devrait être faite de façon systématique à la maternelle, à la cinquième année du primaire et en troisième secondaire.

Or, d'une part, le document Lampron déjà cité révèle que le dépistage au secondaire n'est pas toujours fait et d'autre part que "dans ce contexte, des commissions scolaires non informées sont insatisfaites que d'autres dépistages, tels les problèmes d'audition et la scoliose, ne soient plus réalisés".[3]

Il y a là apparemment à la fois un problème de communication, un problème de programmation et un autre de procédure d'intervention. Encore ici, un contrat de service défini à la base par les intervenants pourrait considérablement diminuer la confusion dans les attentes des commissions scolaires et des écoles. Quant à l'étendue des dépistages couverts par les

---

2 Les programmes jeunesse sont constitués d'un programme cadre des D.S.C. et d'initiative des intervenants et de trois documents du M.A.S.: Dépistage en milieu scolaire, lettre circulaire du 5 juillet 1984, direction générale de la santé M.S.S.S., gouvernement du Québec; décembre 1986, Révisé en avril 1981, gouvernement du Québec; Les services de santé et les services sociaux à l'école, Québec, Bibliothèque nationale du Québec, 1982.

3 Normand LAUZON. op. cit. p. 16.

intervenantes, il va de soi qu'une réflexion à un niveau régional pourrait être utile, si elle était supportée par les D.S.C. et les conseils régionaux. Il apparaît dans cette perspective qu'une telle réflexion pourrait déboucher sur une démarche inter-institutionnelle d'élaboration d'un programme cadre de santé scolaire.

On peut cependant craindre l'impact d'un tel programme cadre sur la diversité des approches les intervenantes dans les milieux et son effet éventuel de ciblage d'une nouvelle population. Ces risques négatifs sur les pratiques socio-sanitaires originales et adaptées aux besoins spécifiques pourraient être attribués, dans la mesure où un programme cadre éventuel ne serait pas élaboré technocratiquement ni utilisé par les gestionnaires locaux, comme programme minimum autorisant des déplacements de ressources vers d'autres secteurs d'interventions.

De plus, avant d'initier un processus de production d'un programme cadre en santé des jeunes, il faudra résoudre les conflits et les tensions intra et inter-institutionnels entre les intervenants sociaux des C.S.S. en milieu scolaire et les infirmières des C.L.S.C. Non seulement les horaires sont-ils rarement compatibles, mais les objectifs et les stratégies d'interventions sont parfois hautement contradictoires.

Il apparaît que les tensions souvent créatrices (si on prévoit des moyens de les réguler en un contrat de service et un comité conjoint de gestion de contrat) entre commissions scolaires et C.L.S.C. sont cependant suffisantes pour dynamiser le milieu scolaire. En conséquence tous les intervenants tireront avantage d'une clarification du rôle, mandat et points d'attaches des intervenants sociaux en milieu scolaire.

D'autant que l'écart qui sépare les commissions scolaires et les C.L.S.C. quant à la nature de leurs rapports, des interventions auprès des jeunes et de la place des intervenants du C.L.S.C. dans l'école est pour le moins profond:

"Les deux parties s'entendent sur la nécessité d'un rapprochement pour améliorer le travail auprès des jeunes. Du côté des commissions scolaires, on parlera de la nécessité d'une bonne programmation de la santé des jeunes en milieu scolaire, du respect de l'autorité des directions d'écoles, de la nécessité d'un ajustement des infirmières au fonctionnement des écoles, de la participation des infirmières à l'équipe multidisciplinaire de l'école, de leur rôle au niveau des premiers soins, du respect des valeurs des parents et de l'ajustement au programme de formation personnelle et sociale.

Les C.L.S.C. partagent le point de vue des commissions scolaires d'en arriver à une programmation de base en santé des jeunes qui préciserait entre autres le rôle des infirmières à l'école. Les axes de travail des infirmières à préciser sont: les premiers soins, la consultation individuelle, le rôle de personne ressource, le rôle de pivot entre l'école et la communauté, l'information et l'animation. Les besoins devraient être précisés en tenant compte de la morbidité des jeunes: suicide, maladie mentale et des problèmes sociaux vécus par ceux-ci. Cette conception de la santé des jeunes devrait inclure les actions des travailleurs sociaux à l'école et prévoir les actions dans la communauté. Les clientèles à desservir devraient être priorisées. De plus, les resources devraient être ajustées en conséquence. Finalement, la signature d'un contrat de services, acceptable aux deux parties, s'avère une préoccupation très importante des C.L.S.C., puisqu'elle est la garantie d'une bonne intégration à l'école."[4]

Tout en cherchant à éviter un nouveau ciblage d'une population à risques, ce qui conduit innévitablement à réduire l'intervention des C.L.S.C. à une approche curative et à affecter indirectement l'universalité et l'accessibilité des services préventifs, il nous faut constater que l'allocation des ressources en santé scolaire est pour le moins problématique.

---

4 Ibid., pp. 24-25.

En effet, le rapport Lampron établit nettement que les C.L.S.C. des territoires socio-économiquement favorisés bénéficient de beaucoup plus de ressources scolaires que ceux des territoires économiquement défavorisés. Cette situation s'explique de deux manières: d'une part le financement des programmes tient compte de la quantité de la population à desservir et non pas de sa réalité socio-économique. Or, c'est bien évidemment dans les populations économiquement défavorisées que la clientèle scolaire peut exiger plus d'interventions socio-sanitaires, préventives et curatives.

En second lieu, le budget de santé scolaire n'étant pas un budget protégé, les ressources varient considérablement d'un C.L.S.C. à l'autre, et d'une année à l'autre dans chacun d'eux.

Il apparaît donc indispensable que la procédure de détermination des budgets fassent que les programmes de santé scolaire tiennent compte des données socio-économiques des populations desservies.

Conclusion

Dans l'état actuel de la programmation dans le secteur scolaire, force nous est de constater que son contenu est en décalage croissant avec non seulement la réalité de l'école, mais encore avec celle de la réalité jeunesse elle-même. Cette situation n'est pas le résultat de la mauvaise volonté des C.L.S.C. ou des intervenants, mais (s'explique essentiellement) par l'origine institutionnelle du programme lui-même qui n'a pas subi de profondes modifications lors de son intégration dans les C.L.S.C.

Devant les nouveaux défis sociaux que représentent une jeunesse dont les contours sociologiques et démographiques ont radicalement évolué, il serait urgent de réfléchir sur l'intervention socio-sanitaire en milieu scolaire de manière beaucoup plus large, rejoignant en fait une problématique jeunesse d'ensemble.

Les problèmes de toxicomanie, de délinquance, de suicide, de santé mentale, de chômage et de pauvreté, de marginalisation et de dépendance d'une partie importante des 15-30 ans d'aujourd'hui ne peuvent, particulièrement dans une perspective préventive, être appréhendés par le seul moyen des programmes de santé scolaire. L'inexistence d'un programme (et de ressources) affecté à la réalité jeunesse est certainement le vide le plus remarquable eu égard à une demande sociale pour le moins évidente quant elle n'est pas criante.

Quant aux relations inter-institutionnelles C.L.S.C. commissions scolaires et écoles, il est évident que leurs rapports pourraient être radicalement transformés par l'établissement d'un contrat de service formel, élaboré à la base par les intervenants des C.L.S.C. et des écoles (enseignants et professionnels), et géré par un comité conjoint. Ce contrat de service pourrait être réévalué annuellement.

Au niveau régional, il serait opportun que le C.R.S.S.S. favorise la création d'un mécanisme de concertation des intervenants jeunesse (institutionnels et communautaires).

Sur le plan du financement, que les mécanismes fassent en sorte que leurs effets cherchent à compenser les inégalités socio-économiques et à permettre l'attribution de plus de ressources dans les territoires économiquement défavorisés.

CHAPITRE V

LE MAINTIEN A DOMICILE (MAD) OU L'INSTITUTION A DOMICILE

Il n'est pas nécessaire d'une longue démonstration pour mettre en évidence l'importance et l'intérêt du maintien à domicile (MAD) dans les C.L.S.C. "C'est un progamme qui existe dans tous les C.L.S.C., c'est le plus gros programme quant aux ressources concentrés, c'est un des programmes les mieux connus et c'est un des plus anciens."[1] C'est aussi "le seul domaine de services pour lequel les C.L.S.C. seraient devenus la porte la plus importante" dans le réseau[2]. Pour toutes ces raisons, le MAD a contribué "à orienter la vocation et l'image des C.L.S.C.". On pourrait même ajouter, comme nous l'ont avoué plusieurs directeurs généraux et employés, que l'avenir des C.L.S.C. est définitivement lié au succès de ce programme.

Depuis 1979, le MAD dans les C.L.S.C. constitue un "programme national" dont le budget est protégé et dont les objectifs, les clientèles-cibles et les critères d'admissibilité sont définis par le MAS. Au niveau régional, la coordination de ce programme est assurée par les C.R.S.S.S. qui y exercent des rôles de planification, de programmation, de financement, de contrôle et d'évaluation. Ce programme pose donc la question non seulement de la centralisation et de l'autonomie locale mais aussi du rapport aux usagers et au milieu.

---

1 DIRECTION DE L'ANALYSE ET DE L'EVALUATION DES PROGRAMMES. Démarche d'évaluation pour le programme de maintien à domicile. Document de travail, Montréal, F.C.L.S.C., Novembre 1980, p.3.

2 Fernand PARENTEAU. Historique, actualité et avenir des C.L.S.C., Mémoire présenté à la Commission Rochon, Québec, octobre 1986, p. 1.

Ce programme est aussi intéressant au regard de la transformation des pratiques professionnelles et de la demande sociale (des besoins). Avant que le MAS n'élabore sa politique des services à domicile et ne confie aux C.L.S.C. la distribution de ces services, ceux-ci relevaient non seulement des C.L.S.C. mais aussi de divers organismes: DSC pour les soins de santé, CSS pour le social (et l'aide à domicile), organismes sans but lucratif pour l'aide à domicile, etc. Alors que ces divers organismes utilisaient le terme de services à domicile, les C.L.S.C. proposeront le concept de maintien à domicile pour traduire l'originalité de leur approche globale et multidisciplinaire. A partir de 1979, les C.L.S.C. devront redéfinir ce programme pour satisfaire aux mandats du MAS et pour intégrer les personnes transférées des DSC et CSS où elles travaillaient aux services à domicile.

Dans un premier temps, nous tenterons de saisir les enjeux à la base du compromis qui nous a donné la politique de maintien à domicile telle que formulés en 1979 et précisée par la suite. Dans un deuxième temps, nous tirerons profit des nombreuses évaluations de ce programme dans les C.L.S.C. depuis 1980 et de notre enquête auprès de six d'entre eux pour saisir le sens des transformations qui y ont cours en ce qui concerne principalement les pratiques professionnelles et le traitement de la demande sociale.

1. La politique des services à domicile: un compromis

Il existe deux conceptions[3] (certains diront deux rôles) des services à domicile. Une première où ceux-ci sont conçus comme une extension des services hospitaliers: sous le contrôle de médecins, les services à domicile visent alors en priorité une clientèle qui nécessitait jusque-là l'hospitalisation parce que souffrant de maladies aigües ou atteinte de maladies chroniques. Une seconde où ces services sont conçus dans un sens plus large tel qu'expérimenté en gérontologie: ces services visent alors à permettre aux personnes en perte d'autonomie de trouver des moyens pour pallier à ces pertes de fonctionnalité et même à prévenir ces situations. Selon cette conception, les services à domicile exigent l'intervention d'équipe multicisciplinaire puisque l'objectif, "c'est d'éviter l'institutionnalisation comme forme de dépendance". Et pour ce faire, les services à domicile cherchant à améliorer ou tout au moins stabiliser la santé des personnes menacées de perte d'autonomie, ce qui nécessite une perspective non seulement curative mais aussi préventive.

Au Québec, l'idée des services à domicile entendue dans son sens large remonte à la fin des années 60[4]. Dès le départ, les C.L.S.C. sont identifiés comme dispensateurs de ces services. La première formulation de la politique actuelle ne sera produite qu'en 1976 dans une sorte de Livre vert[5] (de document de travail) sur la question. Les grandes lignes de ce document seront reprises dans le Livre blanc[6] de 1979 qui constitue encore aujourd'hui la politique officielle du MSSS pour les services à domicile.

---

3 Voir: AHPQ, Conférences prononcées à la session d'étude consacrée aux services coordonnés des soins à domicile, Québec, Association des hôpitaux de la province de Québec, 1967.
M. BESNER, "L'hôpital se fait maternel", L'infirmière canadienne, 1969 (mars).
François BELAND, L'évaluation de la politique des services à domicile du ministère des Affaires Sociales. Etude de cas, Québec, MAS, 1982. Dans ces derniers documents, les auteurs font référence à la littérature internationale sur le sujet.

4 C'est ce que permet de conclure les Rapports annuels du ministère de la Famille et du Bien-être de l'époque. La Commission CASTONGUAY-NEPVEU (voir l'annexe 17) constate que ces services sont inexistant et qu'ils devraient constituer une priorité.

5 DIRECTION GENERALE DE SA PLANIFICATION. Les services à domicile. Politique du MAS, Québec, Nov. 1976, 69 pp.

6 Denis LAZURE, Les services à domicile. Politique du MAS, Québec MAS, 1979.

Cette politique est le résultat d'un compromis entre les divers agents impliqués dans ce dossier: le ministère comme administration centrale, les instances de coordination que sont à divers titres les CRSSS et la Fédération des C.L.S.C., les organismes impliqués dans la distribution de ces services (DSC, CSS, CLSC) et les diverses clientèles-cibles: les personnes agées, les personnes handicapées, les malades chroniques, les familles en difficulté. Pour bien saisir la nature de ce compromis, il faut revenir sur les demandes plus ou moins convergentes de ces divers agents.

. Les personnes en perte d'autonomie:
à la recherche d'une meilleure qualité de vie

Pour cerner avec précision la demande des personnes en perte d'autonomie au regard du MAD, il faudrait analyser les divers mémoires soumis entre 1976 et 1985 par les associations représentant les diverses populations-cibles touchées par ce programme. A défaut d'une telle analyse, il est cependant possible d'identifier certains éléments de cette demande à travers les documents produits par le MAS et la Fédération des C.L.S.C. Il ressort ainsi que la demande sociale pour le maintien à domicile se caractérise à la fois par un refus, celui de l'exclusion sociale et de la dépendance institutionnelle, et par une demande, celle d'une meilleure qualité de vie.

Le refus de la dépendance institutionnelle correspond "à un éveil de la population pour de nouvelles valeurs comme le fait de vivre une convalescence à la maison ou le fait de mourir à la maison (ex.: le cancéreux en phase terminale)"[7] Ce refus ou mieux cette demande ne saurait être satisfaite si on reproduit à domicile les conditions de vie en institution d'hébergement." En conséquence, les services à domicile se doivent d'être des "services intégrés préventifs, curatifs et communautaires" susceptibles de répondre non seulement aux demandes d'aide et de soins mais aussi aux refus d'exclusion sociale:

7 F.C.L.S.C. Réaction de la F.C.L.S.C. sur le document de travail du MAS intitulé les services à domicile, Montréal, 1978, p. 9.

isolement, insécurité, préjugés sociaux, difficultés financières, etc. A défaut d'une prise en considération de ces besoins, il pourrait arriver que vivre à domicile soit "aussi ennuyeux" que vivre en institution.

Le refus de l'exclusion sociale de la part des personnes en perte d'autonomie constitue donc une demande pour être réintroduit dans "le circuit de la vie ordinaire" et pour une meilleure qualité de vie. Telle est d'ailleurs la lecture que la F.C.L.S.C. fera de la demande de maintien à domicile:

> "Le maintien à domicile, c'est d'abord une question de qualité de vie. Le mouvement féministe a fait émerger l'espèce de sous-classe dans laquelle on avait ranger les femmes en les mettant hors du circuit de production. Les personnes agées de leur côté ont commencé à revendiquer leur utilité dans une société qui s'était habituée à les oublier. Les handicapés clament que leur principal handicap, c'est notre attitude à leur égard. Les assistés sociaux se regroupent pour défendre leurs droits minimaux. Les malades chroniques questionnent la mort stupide en institutions et veulent être accompagnés dans les derniers instants de leur vie. Autant de tentatives qui au fond visent à briser l'isolement dans lequel la société les a projetés.[8]

Que retenir sinon que la préférence des personnes en perte d'autonomie pour le domicile au lieu de l'institution reposait sur l'espoir d'une amélioration de leurs conditions de vie.

---

8 F.C.L.S.C. Vers une véritable politique de maintien à domicile au Québec, Montréal, F.C.L.S.C., 1979, p.19.

. Le M.A.S.: pour une réduction des coûts et une rationalisation des services

A un moment où les "statistiques de la R.A.M.Q. révélaient les coûts élevés imputés aux soins, à l'hébergement, à l'hospitalisation des personnes de plus de 65 ans", les technocrates chargés de l'administration de la santé et des affaires sociales ont bien vu que les services à domicile pouvaient constituer un moyen de réduire ces coûts ou tout au moins d'en arrêter la croissance. A leurs yeux, ces services pouvaient également permettre une plus grande rationalisation des ressources. C'est ainsi que les Livres vert (MAS, 1976) et blanc (MAS, 1979) affirment que:

- "Le MAS n'introduit pas un nouveau service mais vise une plus grande rationalisation des ressources existantes et plus spécifiquement "l'utilisation optimale des ressources plus spécialisées telles le Centre hospitalier et le Centre d'hébergement." Autrement dit, les services à domicile se veulent "instrument de prévention ou alternative au séjour en centre hospitalier et en centre d'accueil" (MAS, 1976). Cet objectif est explicité pour chacune des populations-cibles. Pour les personnes agées, il s'agit d'augmenter le nombre de celles vivant à domicile pour réduire la demande d'hébergement; pour les personnes handicapées, d'augmenter le nombre d'adultes vivant à domicile; pour les familles en difficulté, de prévenir la désorganisation de la famille pour ne pas devoir placer les enfants dans une famille d'accueil ou encore de favoriser la réinsertion dans la famille de l'enfant handicapé ou mésadapté; pour les malades nécessitant l'hospitalisation, de réduire le taux de réadmission pour ceux souffrant de maladies chroniques ou la durée du séjour pour les autres.

- "Les services à domicile s'inscrivent dans "une philosophie axée d'abord sur la responsabilité de l'individu et de la communauté" (MAS, 1979). "Considérant certains traits de l'évolution sociale et démographique (...), on ne peut qu'être impressionné par l'ampleur des ressources humaines et matérielles que l'Etat devrait consacrer aux services à domicile s'il fallait compter seulement sur la solution étatique". En conséquence, les services à domicile ne pouvant satisfaire adéquatement les nouveaux besoins qu'en

faisant appel "à l'engagement de la famille et de la collectivité, à l'action volontaire (ou au bénévolat) de ses membres, à l'entraide et aux formes d'activités qui regroupent les ressources de la communauté" (IBID.).

- Les services à domicile se doivent d'être gratuits si l'on veut qu'ils favorisent le non-recours à l'institution. En effet, il faut que "la substitution des services s'effectue sans pour autant pénaliser le bénéficiaire" parce qu'autrement celui-ci sera incité à recourir au centre hospitalier ou au centre d'accueil. C'est pour cette raison que la politique énoncée en 1979 n'a pas retenu la suggestion du Livre vert (1976) de "faire participer l'usager qui le peut au coût des services qu'il reçoit.

. La Fédération des C.L.S.C.: à la recherche d'un compromis favorable aux C.L.S.C.

Tout en cherchant à favoriser les C.L.S.C., la Fédération des C.L.S.C. tentera de mettre de l'avant un programme dont la configuration répondrait à la fois aux préoccupations du MAS et aux demandes des personnes en perte d'autonomie.[9]

En premier lieu, selon la F.C.L.S.C., les services à domicile n'atteindront les objectifs fixés que si le MAS ne les inscrit dans une problématique de maintien à domicile qui fasse appel à l'action communautaire. En effet, "l'effritement du tissu communautaire" est responsable de la forte augmentation de la demande d'institutionnalisation de sorte que, pour modifier la situation, il faut "développer des solidarités sociales, refaire le tissu communautaire", "refaire les alliances à la base de nos milieux de vie"[10] ...

---

9 FCLSC. Réaction..., Op. cit., p. 12.

10 F.C.L.S.C. Vers une véritable politique..., Op. cit., p. 12.

En deuxième lieu, la Fédération se déclare pleinement d'accord pour que les C.L.S.C. soient "le maître d'oeuvre de l'application de ce programme". Les C.L.S.C. doivent être privilégiés pour au moins deux raisons, soit le cadre disciplinaire et le rapport à la communauté. En effet, dans les C.L.S.C., l'équipe multidisciplinaire est plus en mesure qu'ailleurs de "décoder les nombreuses demandes et de raffiner les services". Ainsi, "le retour de l'auxilière familiale ou de l'infirmière à une équipe multidisciplinaire permet d'enclencher des programmes de prévention à partir de problématiques précises"[11]. En raison des liens qu'ils ont noués avec le milieu, les C.L.S.C. sont de "véritables centre communautaire" susceptibles de devenir la "plaque tournante" des services qu'exige le maintien à domicile. Depuis leur création, les C.L.S.C. ont d'ailleurs "déployé beaucoup d'effort pour réduire l'écart psychologique entre les personnes qui ont besoin de services et ceux qui dispensent ces services."

La position de la Fédération comme intermédiaire entre le MAS et les populations-cibles n'est pas sans ambiguïté lorsqu'elle demande pour les C.L.S.C. le contrôle sur le bénévolat et les groupes d'entraide un peu comme si elle craignait la concurrence des groupes communautaires. Cette demande la conduit finalement à réduire l'action communautaire dans le MAD à la formation de groupes bénévoles. Elle aura cependant l'avantage d'éviter que les bénévoles soient des substituts aux employés.

Ainsi, la F.C.L.S.C. insiste d'abord (avec raison) que l'entraide ne saurait surgir spontanément de sorte que sa stimulation exige "un noyau stable de personnes qui besognent quotidiennement avec les clientèles visées". Ensuite, elle affirme que ce noyau doit être l'équipe responsable du maintien à domicile si l'on veut "éviter de scinder le développement des services à domicile et la stimulation de l'entraide, comme si c'était deux choses complètement dissociées". Donner "un caractère permanent au bénévolat ou au réseau d'entraide" par des programmes comme les projets "PIL", "Canada au travail" et "Nouveaux horizons" remettrait en cause "les efforts d'instauration d'une politique cohérente de maintien à domicile". Par définition le bénévolat doit demeurer instable et intermittent. Le bénévole

---

11 F.C.L.S.C. Réaction..., Op. cit., p. 8.

ne doit pas prendre la place de l'auxiliaire-familiale sous le prétexte qu'il est capable de faire les ménages. En somme, l'articulation des réseaux d'entraide aux équipes responsables des services à domicile constitue "une composante majeure du programme".

Dès lors, même si la Fédération affirme à plusieurs reprises que l'action communautaire (à travers entre autre les équipes multidisciplinaires) va au-delà de la formation des groupes de bénévoles, il n'en demeure pas moins qu'elle résume sa position d'une façon qui va carrément dans le sens de cette déclaration:

> "Notre proposition est que le MAS donne au C.L.S.C. la tâche de développer un programme de maintien, i.e. d'offrir des services d'aide et de soins à domicile et de développer les groupes d'entraide et le bénévolat comme complément essentiel aux soins et services".[12]

---

12 F.C.L.S.C. IBIDEM, p. 6.

Conclusion

Dans la conclusion de ce chapitre, nous reviendrons sur les éléments de compromis de cette politique des services à domicile. Pour le moment, retenons que parler de compromis, c'est supposer que les demandes formulées au départ ne seront satisfaites qu'imparfaitement d'autant plus qu'un des agents, l'administration du MAS, est dans une position plus favorable que les autres pour faire prédominer son point de vue. La décision de ne pas créer de nouveaux services rejoint sans doute l'objectif de réduction des coûts et de rationalisation des services mais présente le danger de réduire les services à domicile à sa conception étroite, i.e. l'institutionnalisation à domicile. La référence au maintien à domicile et le fait de privilégier les C.L.S.C. pour la distribution de ces services répondent sans doute aux demandes des personnes en perte d'autonomie qui veulent une amélioration de leurs conditions de vie et non une hospitalisation à domicile. Cette demande, qui ne saurait être satisfaite par un simple désengagement de l'Etat, a toutefois l'inconvénient d'exiger des investissements importants. Si l'on s'en tient à la politique comme telle, elle demeure ambiguë dans la mesure où elle répond positivement à des demandes dont la satisfaction complète est de toute évidence contradictoire.

Pour savoir concrètement si ce programme répond ou non aux demandes que nous venons d'identifier, il faut quitter le terrain des énoncés de politique pour s'arrêter sur celui des conditions concrètes d'exercice de ce programme, sur les pratiques professionnelles et sur le traitement de la demande sociale dans le C.L.S.C.

2. Le maintien à domicile dans les C.L.S.C.

Les C.L.S.C. ne deviendront pas immédiatement les maîtres d'oeuvre du MAD même si la politique du MAS (1979) était explicite à ce sujet. Divers facteurs dont le moratoire sur la création des nouveaux C.L.S.C. et la résistance des administrations de DSC et CSS touchées par les transferts de personnel ralentiront les changements annoncées[13]. Ainsi, en 1982, les C.L.S.C. étaient encore un intervenant parmi d'autres dans les services à domicile. Pour l'année 1981-82, le budget du MAD se répartissait de la façon suivante[14]:

- C.L.S.C.	28,9 %
- CH (y compris les DSC)	28,1 %
- Organismes S.B.L.	24,9 %
- CSS	18.0 %
- Centre d'accueil	0,1 %

Mais, entre 1982 et 1985, le parachèvement des C.L.S.C., les transferts de personnel et les programmes de développement (sans oublier les mesures plus récentes comme le SIMAD, le 24-7, le désengorgement des hôpitaux) ont fait des C.L.S.C. la porte d'entrée principale pour les services à domicile.

13. Fernand PARENTEAU. Op. cit., pp. 14-16.

14 Jean-Pierre BELANGER. Le maintien à domicile, Montréal, FCLSC, 1982,

Cette période nous a valu un nombre important d'évaluations[15] de sorte que nous possédons sur ce programme plus de données et d'informations que sur tout autre. À ceci s'ajoute l'enquête que nous avons réalisée auprès de six C.L.S.C.

Deux dimensions nous ont semblé mériter notre attention. La première concerne la dimension nationale de ce programme (budget protégé, etc.) au regard de l'autonomie relative des C.L.S.C. et d'une demande sociale relativement diversifiés. La seconde porte sur l'alourdissement des clientèles et nous invite à nous pencher sur les conséquences en résultant au niveau tout aussi bien des pratiques professionnelles que de la demande (ou des besoins). Restera en conclusion à s'interroger sur la signification des solutions avancées au regard des compromis d'hier et de demain.

---

15 Voici quelques-unes des évaluations du MAD:

F. BELAND. Méthodologie pour l'évaluation de programmes socio-sanitaires: le cas des services à domicile pour personnes agées, Québec, Laboratoire de recherches sociologiques, Université Laval, 1980.

N. LAUZON. Démarche d'évaluation pour le programme de maintien à domicile . Document de travail, Montréal, CGSSRMM, 1981, 7 cahiers.

F. BELAND. L'évaluation de la politique des services à domicile du MAS . Etude de cas, Québec, MAS, 1983.

N. LAUZON. Etat de situation 1983-84 des services à domicile, Montréal, CSSSRMM, 1984.

Comité du MAD, Services à domicile dans la région 064, Montréal, CSSSRMM, 1986, 71 pp.

J. ROY, Bilan du MAD dans le CLSC, Montréal, FCLSC, 1986, 2 tomes, 69 et 45 pp.

MSSS. Monographies sur le Service de maintien à domicile: tendances et problématique, Québec MSSS, 1987, un document de synthèse et dix études monographiques.

. Un programme national (centralisé)

Si l'on exepte le programme de santé et sécurité au travail, le maintien à domicile est le programme dont le mandat est le plus explicite. Les clientèles sont clairement identifiées, les objectifs à atteindre très précis, les conditions d'admissibilité bien définies, les ressources à employer passablement fixées et le budget protégé et réparti en deux enveloppes: l'une pour les soins infirmiers, l'autre pour l'aide. De plus, au niveau de la région, le ministère a confié aux Conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS) "la responsabilité de coordonner ces services ce qui implique des fonctions au niveau de la planification, de la programmation, du financement, du contrôle et de l'évaluation"[16].

Conformément à cette politique, certains CRSSS dont celui de la région du Montréal métropolitain ont élaboré un programme-cadre de maintien à domicile visant à la fois le respect de la politique du ministère et une uniformisation des services offerts dans le cadre de ce programme. Le programme-cadre pour la région du Montréal métropolitain va sans doute le plus loin dans cette direction. Les critères d'admission et le mode de priorisation des demandes viennent préciser les conditions d'admissibilité, les divers services devant être offerts sont énumérés au plan de la fonctionnalité comme aux plans physique, psycho-social, social et communautaire. Il est prévu que les demandes de révision de cas soient traitées par le Conseil régional. Le programme-cadre précise le modèle d'organisation des unités d'intervention dans les C.L.S.C. de manière à ce que "les grandes lignes d'une programmation" se retrouvent dans "une même unité d'intervention" de sorte que le mode d'organisation privilégié est celui de l'équipe multidisciplinaire. Il précise également le fonctionnement des structures qui vont du Conseil régional (et de son comité régional de maintien à domocile composé de cinq membres dont un représentant des DSC, un représentant des CSS et un du CRSSS) et des comités de liaison à un niveau sous-régional (sur la base des territoires de DSC) aux unités locales d'intervention dans les C.L.S.C.

16 CSSSRMM. Pour un programme-cadre de maintien à domicile. Programme communautaire de services à domicile axés sur le support à l'autonomie, Montréal, CSSSRMM, 1983, p. 1.

Enfin, le programme-cadre précise aussi comment le Conseil régional entend exercer ses fonctions de contrôle et d'évaluation. Par le contrôle, le Conseil cherche à "s'assurer de la conformité de l'organisation et des dépenses par rapport au programme" ou encore de ce que "les deniers publics soient utilisés aux fins pour lesquels ils sont destinés." Concrètement, ce contrôle peut s'exercer à trois niveaux:

- "Du budget: il s'agit de s'assurer de la permanence des investissements faits avec le budget de services à domicile par rapport au présent programme (ex.: analyse des DGF-1)

- du fonctionnement des structures: que les structures définies dans le programme sont mises en place et qu'elles oeuvrent à accomplir leurs mandats (ex.: analyse des compte-rendus de réunion)

- des services: que les services sont offerts dans chacun des territoires de C.L.S.C. et qu'ils sont accessibles (ex.: état de situation périodique sur les programmes mis en place).[17]

Par l'évaluation, "il s'agit de porter un jugement sur la valeur des investissements faits dans le programme". Celui-ci se fait au niveau de la gestion locale et au niveau de l'atteinte des objectifs. Ce qui suppose la formulation d'indicateurs plus précis que la simple définition des objectifs proposée par le programme-cadre.

Il est difficile de dire comment ce programme-cadre est opérationnalisé dans les régions où il existe. Chose certaine, la plupart des Directeurs généraux que nous avons interviewés, affirment que le MAD ne laisse aucune autonomie locale" (et cela de façon plus affirmative dans la région de Montréal qu'à l'extérieur). L'autonomie se réduirait aux modalités de l'intervention, aux "méthodes d'approche" et donc à un rôle d'exécution: "notre rôle se réduit à celui d'exécutant, nous dit un directeur général d'un jeune C.L.S.C. On n'a aucun mot à dire, poursuit-il, sur la conception, sur la clientèle-cible, sur les objectifs". Si l'on excepte le budget, la contrainte viendrait davantage du Conseil régional que du MSSS, à un point tel que certains

17 IBIDEM, p. 28. (C'est nous qui avons souligné: analyse des compte-rendus de réunion).

disent préférer avoir comme interlocuteur le ministère à travers un office régional, par exemple, plutôt qu'un conseil sans véritable pouvoir autre que celui de renforcer la contrainte ministériel.

- **diversité des services à domicile**

Paradoxalement, une des conclusions qui ressort de la plupart des évaluations du MAD, c'est "l'hétérogénéité du profil des services d'aide et de soins à domicile selon les C.L.S.C.[18]" comme le laisse bien voir la diversité:

- des critères d'admission et d'évaluation;
- des clientèles-cibles privilégiées;
- de l'accessibilité (ex.: les horaires);
- des ressources selon les C.L.S.C.;
- des activités communautaires reliées au MAD;
- des formes d'appel aux ressources du milieu (sans oublier la diversité de ces ressources);
- des formules de services pour l'aide à domicile (ex.: paiement direct aux usagers, sans-traitance;
- de la pénétration des clientèles selon les régions, les milieux (urbains-ruraux), l'âge des C.L.S.C.;
- du volume d'heures par intervention selon les C.L.S.C.;
- du nombre d'heures de services par usager selon l'âge et le maintien des C.L.S.C.;
- du volume d'usagers par poste en aide et soins à domicile selon l'âge et le milieu des C.L.S.C.;
- etc.

S'il est sans doute exagéré d'affirmer comme le CSSSRMM que "dans le domaine des services à domicile d'aide et de soins, il n'existe pas d'uniformité minimale sur l'ensemble des territoires des C.L.S.C. quant aux activités dispensées, aux horaires, aux critères d'évaluation et d'admission et même quant aux clientèles desservies"[19], il n'en demeure pas moins que la diversité constatée ressort aussi bien de l'enquête réalisée en 1981-82 par la Fédération des C.L.S.C. que dans les enquêtes récentes, celles de Jacques Roy en 1986 et du MSSS en 1987.

---

18 Jacques ROY, Op. cit. I, p. 31.
19 CSSSRMM. Op. cit.

Pour les technocrates (qu'il s'agisse du MSSS, du CSSSRMM ou de la FCLSC), cette diversité n'est pas heureuse: il faut uniformiser les services du MAD. C'est la position du Comité Brunet et c'est aussi celle de la F.C.L.S.C. depuis au moins 1980:

> "A quoi servirait une politique nationale de maintien à domicile si on n'arrive pas à donner un caractère homogène au programme et à l'évaluation tout en conservant l'originalité et les particularités de chacun[20]."

Avant de questionner cette diversité, il nous est nécessaire de s'interroger sur les facteurs qui l'expliquent.

Selon Jacques Roy[21] qui a bien étudié la question, cette diversité provient principalement du fait que le budget est trop petit pour la demande: le budget n'aurait pas suivi la croissance de la demande. Dès lors, selon les ressources et les forces du milieu, deux modèles de réponse peuvent être séparés:

1) Dans un cas, les C.L.S.C. limitent l'entrée aux services d'aide ou de soins et accordent un bon volume d'heures par usager, la priorité est alors donné aux cas lourds qui mobilisent beaucoup de ressources. C'est le cas surtout des C.L.S.C. ruraux ou encore de la première génération.

2) Dans l'autre, les C.L.S.C. font l'inverse, "à savoir une forte pénétration de clientèle en distillant les heures de services par usager". C'est le cas surtout des jeunes C.L.S.C.

D'un C.L.S.C. à un autre, les pratiques peuvent ainsi varier considérablement: de 190 heures par année par usager à 14 heures pour l'aide à domicile, soit 13 fois moins; de 58 heures par année par usager à 5 heures pour les soins à domicile, soit 12 fois moins.

---

20 FCLSCQ. Démarche d'évaluation pour le programme de maintien à domicile, Montréal, FCLSC, 1980, p. 18

21 Jacques ROY. Op. cit. tome I, pp. 41-42.

TABLEAU XV: BUDGET DU MAD DANS LES C.L.S.C. (1976-1986)

BUDGET DU MAD DANS LES C.L.S.C. (1976-1986)			
	1976	1981	1986
Budget du MAD	22 000 000$[22]	51 811 191$[23]	72 896 642$[24]
Nombre de CLSC	82	101	148
Moyenne	268 292$	516 942$	495 953$

TABLEAU XVI: LES BUDGETS DE DEVELOPPEMENT DU MAD (1977-1986)

LES BUDGETS DE DEVELOPPEMENT DU MAD (1977-1986)	
Année	Budget[25]
1977-1978	3 500 000$
1978-1979	7 000 000$
1979-1980	1 500 000$ annualisé à 2 140 000$
1980-1981	750 000$ annualisé à 1 150 000$
1981-1982	nil
1982-1983	nil
1983-1984	nil
1984-1985	5 000 000$
1985-1986	2 000 000$
TOTAL	19 750 000$

22 Denis LAZURE, Op. cit.

23 Relevé des engagements budgétaires de l'année 1980-81. Direction des services communautaires, MAS, Mars 1981.

24 Direction des services communautaires, MSSS, Nov. 1985.

25 CSSSRMM, Op. Cit., 1986, p. 36, Voir aussi F.PARENTEAU, Op. cit., p. 39 et suivante et annexe 1.

- **budgets et demande sociale**

Cette argumentation repose sur l'affirmation que la croissance du budget n'aurait pas suivi celle de la demande. A première vue, le budget du MAD a connu une croissance importante. Mais, si l'on tient compte de l'inflation, cette croissance est relativement faible et presque nulle pour la période 1981 à 1986.[26] De plus, si l'on considère que le nombre des C.L.S.C. est passé de 82 en 1976 à 101 en 1981 et 148 en 1986, le budget moyen du MAD par C.L.S.C. décroît entre 1976 et 1986 (en dollars 1981).[27] Par ailleurs, tout laisse supposer que la demande de services d'aide et de soins à domicile a connu une forte croissance. Entre 1981 et 1985, le nombre moyen d'interventions et d'usagers aurait doublé ou presque.[28]

---

26 Si l'on tient compte de l'indice général des prix à la consommation pour l'ensemble du Canada, 1976-1977 à 1985-1986, le budget du MAD passerait en dollars de 1981 de 34 755 100$ pour 1976
à 56 500 754$ pour 1981
à 57 039 626$ pour 1986

Pour l'indice des prix, nous retenons celui exposé par la Direction de l'évaluation des programmes, Service des études opérationnelles, Sept. 1985 cité dans Marc-André SAINT-PIERRE, Evolution des dépenses gouvernementales pour la mission sociale, 1976-1977 à 1985-1986, Québec, MSSS, 1985.

27 En dollars constants (1981), le budget moyen du MAD par C.L.S.C. passe de 423 962$ en 1976
à 559 412$ en 1981
à 385 335$ en 1986

28 De 1981 à 1985, on serait passé de 392 à 634 usagers par C.L.S.C. et de 1870 à 3892 interventions. Ces chiffres proviennent d'un échantillon de 22 C.L.S.C. en 1981 et 93 C.L.S.C. en 1985. Voir F.C.L.S.C. Op. cit. Cahiers no 1, 1982 p. 6, Egalement Jacques ROY. Op. cit., tome I, pp. 23 et 27.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette croissance de la demande de services d'aide et de soins:

- les transferts de personnel des DSC et des CSS qui sont aussi un transfert de la demande;
- la saturation des ressources institutionnelles: le taux d'occupation en centre d'accueil d'hébergement se situe autour de 98 % en 1985[29];
- la diminution des services en milieu hospitalier, d'où une augmentation des clientèles post-opératoires et post-hospitalières;
- l'approfondissement et l'élargissement des clientèles (ex.: les handicapés) en conjonction avec une meilleure connaissance des C.L.S.C. comme porte d'entrée du MAD;
- les limites des ressources communautaires et alternatives;
- la poussée démographique du vieillissement de la population[30] et la détérioration croissante de l'état de santé.

Enfin, comme il y a "une relation constante entre l'importance des budgets disponibles et le volume des clientèles en aide et soins", il semble plus que probable que c'est le manque de ressources disponibles qui empêche la demande de croître.[31] Chose certaine, la clientèle du MAD est fonction des ressources disponibles.

---

29 Jacques ROY, Op. cit. tome I, p. 19.

30 Le pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus par rapport à la population totale est passé de 6,9 % en 1971 à 8,5 % en 1980 à 9,6 % en 1985. Le pourcentage des personnes âgées de 75 ans et plus par rapport à la population totale est passé de de 2,8 % en 1980 à 3,6 % en 1985. CSSSRMM. Op. cit., 1986, p. 16.

31 Le coefficient de Pearson est élevé (r = 69,07 %). Voir Jacques ROY. IBIDEM, p. 31.

A partir de données semblables, Fernand Parenteau n'hésite pas à parler de sous-budgétisation. De leur côté, la F.C.L.S.C. et le CSSSRMM arrivent à la même conclusion: "il faudrait au moins multiplier par quatre le budget actuel pour assurer une moyenne d'heures de services par semaine qui permettent de rencontrer l'ensemble des besoins"[32], ce qui signifierait un budget de 320 millions pour l'ensemble du Québec.

La sous-budgétisation n'est pas le seul facteur qui oblige à adopter diverses stratégies de réponse à une demande trop pressante. Il faut aussi voir que les budgets varient beaucoup d'un C.L.S.C. à un autre et que les Conseils régionaux n'ont pas la même politique de budgétisation[33]. Dès lors, les ressources peuvent varier considérablement d'un C.L.S.C. à l'autre[34]. De plus, même si le budget protégé était identique selon les C.L.S.C., des différences pourraient provenir du fait que la plupart des C.L.S.C. dépasse ce budget en coupant ailleurs.

En effet, "les budgets protégés du MSSS n'incluent que les postes d'auxiliaires familiales et d'infirmières accordés officiellement pour le maintien à domicile[35] de sorte que la majorité des C.L.S.C. doivent puiser dans d'autres programmes pour accorder les postes qui ne contribuent au MAD que pour

---

32 Jacques ROY, Op. cit., tome 2, p. 33, CSSSRMM, Op. cit., pp. 55-56

33 C'est ce que nous confirmait Jacques ROY dans une entrevue.

34 Pour les CLSC de la région du Montréal métropolitain, les équipes pour le MAD comprennent toujours des auxiliaires familiales et des infirmières, dans la plupart des cas au moins un travailleur social et un travailleur communautaire et quelquefois un médecin, un physiothérapeute et/ou un ergothérapeute. Voir CSSSRMM, Op. cit., p. 42. C'est également ce que révèle notre enquête et celle réalisée en 1986 pour le MSSS. MSSS. Monographie sur les services à domicile: tendances et problématiques, Québec, 1987.

35 F.C.L.S.C. Le maintien à domicile. Montréal, F.C.L.S.C., 1982, Cahier no 2, p. 12.

une partie de leur temps: secrétaire-réceptionniste, T.A.S., médecins, travailleur communautaire, organisateur communautaire, etc. Comme la CSSSRMM le relève, "cette pratique budgétaire limitée aux soins et à l'aide est en fait contradictoire par rapport à la reconnaissance d'un programme plus complexe que l'aide et les soins"[36].

TABLEAU XVII: BUDGET PROTEGE ET DEPENSES

BUDGET PROTEGE ET DEPENSES POUR LE MAD DANS SEPT C.L.S.C. (1985-1986)			
	BUDGET PROTEGE	DEPENSES POUR LE MAD	AJOUT PAR LE C.L.S.C.
CLSC PETITE PATRIE	649 886$	651 977$	2 091$
CLSC DE BERTHIER	276 112$	310 439$	34 327$
CLS PRESEQU'ILE	486 234$	570 555$	84 321$
CLSC MILLE ILES	345 880$	376 633$	30 753$
CLSC HUNTINGDON*	395 560$	387 900$	---
CLSC H-MAISONNEUVE	626 254$	951 212$	324 958$
CLSC PTE ST-CHARLES	350 201$	360 061$	9 860$

Même si les budgets de développement ont pu dans certains cas compenser les déficits, il n'en demeure pas moins que 91,3 % des C.L.S.C. en 1982-1983 et 72,8 % en 1984-85 ont dû ajouter des sommes additionnelles au budget protégé. "Pour illustrer l'importance du phénomène, écrit Jacques Roy, mentionnons qu'un C.L.S.C. sur cinq (19,2 %) a excédé de plus du tiers son budget en 1984-85; qu'en milieu rural, c'est plus de huit C.L.S.C. sur dix (82,1 %) qui ont dépassé leur budget protégé; enfin, qu'une région a plus que quadruplé le taux moyen de dépassement du budget protégé pour 1984-85 soit Trois-Rivières avec 42,5 %"[37].

36 CSSSRMM. Pour un programme-cadre de maintien à domicile, Montréal, 1983, p. 21.

37 Jacques ROY. Op. cit., tome II, p. 22.

* Ce C.L.S.C. offre aux personnes âgées des services qui ne relèvent pas de MAD de sorte que ses dépenses sont plus élevées que celles indiquées.

Selon notre échantillon (voir le Tableau XVIII), six C.L.S.C. sur sept dépassent le budget protégé selon des pourcentages qui vont de 0,3 % à 51,7 %. Le C.L.S.C. qui ajoute le plus en terme de pourcentage a été fondé avant 1975 et a mis sur pied un ensemble fort diversifié de programmes locaux alors que celui qui ajoute le moins est très récent et n'offre que très peu de programmes locaux. Sur des échantillons plus larges, il apparaît clairement qu'il existe un clivage entre les jeunes et les vieux C.L.S.C.: les premiers ne peuvent comme les seconds refiler la facture aux programmes locaux puisque ces derniers n'y sont que peu développés. Pour réduire les coûts, il n'y a alors d'autres alternatives que de faire appel à des agences privées[38] pour l'aide à domicile mais cette option ne permet pas comme telle d'ajouter des ressources pour le communautaire. Enfin, relevons que le budget protégé a aussi tendance à être davantage dépassé par les C.L.S.C. ruraux que par les C.L.S.C. urbains: les coûts sont plus élevés en milieu rural en raison de la dispersion de la population et la demande est souvent plus forte en raison du faible développement du réseau institutionnel.

En conclusion, on peut se demander si la diversité des services à domicile constitue un mal comme le suggèrent les technocrates. A première vue, il est quelque peu troublant pour un esprit rationnel de trouver une diversité de services quand le programme national avec son budget protégé prévoit une uniformité. Mais à y regarder de plus près, le contraire aurait lieu de surprendre. En effet, les budgets sont insuffisants et la demande est forte. Comme nous le dit une infirmière, chef d'équipes des soins à domicile d'un C.L.S.C: "Quand les gens appellent, on ne peut pas toujours les refuser: on ne peut que faire des aménagements selon ce qu'il est possible d'offrir". Compte tenu de la diversité de cette demande et du fait que dans certains milieux (ex.: milieu rural) les alternatives institutionnelles sont réduites et que pour certains C.L.S.C. (ex.: les récents) la marge de manoeuvre est inexistante, il s'en dégage deux modèles dans la distribution des services: l'un où l'on privilégie les cas lourds et l'autre où l'on offre des services à plus d'usagers possibles.

---

38 Le coût moyen pour un poste d'auxiliaire familiale est de 24 695,53 $ dans les C.L.S.C. alors qu'il revient à 19 531,93 $ dans les CLSC faisant appel à une agence privée. IBIDEM, p. 15.

Une politique de MAD soucieuse de prendre en considération les besoins selon les divers milieux et régions se doit de favoriser une autonomie locale qui permette de s'ajuster à la diversité de cette demande. En ne prévoyant que des ressources d'aide (auxiliaires familiales) et de soins (infirmières) à domicile, le budget protégé ne répond pas aux exigences d'une politique de maintien à domicile et fait preuve d'une conception passablement étroite de ces services. Ce qui fait la preuve de l'insuffisance de ce programme, c'est le fait que la plupart des C.L.S.C. doivent y ajouter des ressources provenant de d'autres programmes (en fait des programmes locaux). De plus, certains CLSC (ex.: celui d'Huntingdon) orientent des activités de d'autres programmes vers les clientèles cibles du MAD. Ainsi les organisateurs communautaires travaillant à des projets communautaires destinés aux personnes âgées comme la mise sur pied d'un centre de bénévolat ou le support à un Comité de retraités et de pré-retraités. L'étroitesse et la rigidité du programme national est bien mis en évidence par cet organisateur communautaire qui a indiqué qu'avant l'actuelle politique, le service de maintien à domicile du C.L.S.C. Hochelaga-Maisonneuve correspondait à une sorte de "MINI-C.L.S.C." tant par la polyvalence et la multidisciplinarité de l'équipe qui comprenait des médecins, des auxiliaires familiales, des organisateurs communautaires, etc.

S'il faut parler d'uniformisation, ce serait non pas de réduire la marge de manoeuvre dont jouissent certains C.L.S.C mais de permettre à ceux de la dernière génération de devenir adultes. Si le programme national est apparu vivable, c'est généralement en raison de la marge de manoeuvre qu'offrent les programmes locaux dont les ressources permettent d'atteindre les objectifs du MAD.[39] Dans les C.L.S.C. où de tels programmes sont peu développés, il apparaît difficile de dépasser le niveau des seuls soins à domicile et les directions locales ne réussissent pas à y mettre la couleur locale...

---

39 Si 76.7 % des C.L.S.C. ont réalisé des activités communautaires pour les personnes âgées en 1984-85, ce pourcentage descend à 61,6 % pour les C.L.S.C. créés entre 1980-85 et à 40 % si l'on ne retient que ceux de 1985. Jacques ROY. Op. cit., tome I, p. 50.

. Alourdissement des clientèles

L'alourdissement des clientèles dans les C.L.S.C. mérite d'être considéré moins, pour lui-même que pour les conséquences en résultant au niveau des pratiques professionnelles et de la demande sociale

Dans les C.L.S.C., il est question d'alourdissement des clientèles depuis plusieurs années mais cette question se pose maintenant en des termes différents. A la fin des années 70, alors que les C.L.S.C. n'étaient dans les services à domicile qu'un intervenant parmi d'autres, le problème de l'alourdissement résultait de "la difficulté de placer en institution leurs usagers qui, à la longue, en avaient besoin". Autrement dit, l'alourdissement provenait alors "de l'augmentation des besoins des clientèles déjà présents (le cas déjà là devient lourd)[40]". Mais, depuis quelques années l'alourdissement renvoie davantage à l'"augmentation de nouveaux cas qui sont des cas lourds". Dès lors, le secteur des services à domicile semble être moins la désinstitutionnalisation (ex.: le retour à domicile d'handicapés vivant en institution) que la non-institutionnalisation résultant entre autre de la diminution et de nouveaux mandats confiés aux CLSC (ex.: les soins intensifs à domicile-SIMAD).

Dans les C.L.S.C., les signes d'un alourdissement généralisé sont manifestes. Pour une brochette de 93 C.L.S.C. dont les services du MAD avaient atteint 59 000 usagers en 1984-85, Jacques Roy relève que 37,3 % de ceux qui ont de l'aide à domicile et 34,9 %, de ceux qui ont reçu des soins à domicile, étaient âgés de 75 ans et plus"[41]. Pour la région de Montréal (région 06A) où le MAD avait rejoint 28 300 usagers, 78 % d'entre eux étaient âgés de 60 ans et plus et

---

40 FCLSC. Le MAD dans les C.L.S.C. Une hypothèse sérieuse: l'alourdissement des clientèles de MAD, Montréal, F.C.L.S.C., 1982, p. 61.

41 Jacques ROY, Op. cit., tome I, p.24.

42 % de 75 ans plus pour l'année 1983-84.[42] Comme nous l'avons déjà indiqué, l'alourdissement ne provient pas exclusivement des personnes âgées même si celles-ci fournissent le plus fort contingent. Il faut tenir compte aussi des cancéreux en phase pré-terminale ou terminale, des malades en convalescence ou sous soins post-hospitaliers, de clientèles psychiatriques, de personnes lourdement handicapées (paralysie cérébrale, sclérose en plaque, paraplégie et quadriplégie), etc.

Une enquête récente réalisée par le MSSS auprès de dix C.L.S.C. insiste également sur l'alourdissement des clientèles du MAD. Compte tenu de l'âge avancé des bénéficiaires (moyenne de 79,3 ans pour l'aide à domicile) et de la très grande perte d'autonomie de ces personnes, les auteurs emploient l'expression de "tiers-monde" pour qualifier le plus adéquatement possible ce qu'ils ont vu: les personnes sont "aussi âgées et souvent aussi mal en point que celles qui se trouvent en centre d'accueil[43]". Cette situation les amène à conclure que "le phénomène d'alourdissement de la clientèle à domicile entraîne la remise en cause de la vocation première des C.L.S.C., i.e. celle d'une action d'abord préventive et communautaire".

Enfin, l'alourdissement des clientèles de MAD est appelé à augmenter plutôt qu'à réduire. Le vieillissement accéléré de la population ("entre 1981 et 2001, l'ensemble des personnes âgées augmentera de 53 %, les groupes de 75 ans et plus et de 80 ans et plus augmenteront respectivement de 89 % et de 107 %"[44]) combiné à la saturation des ressources institutionnelles font apparaître un phénomène nouveau, la non-institutionnalisation qui renvoie à la vision étroite des soins à domicile, celle de l'hospitalisation à domicile.

---

42 CSSSRMM. Op. cit., 1986, p. 15.

43 MSSS. Monographie sur les services de maintien à domicile: tendances et problématique, Québec, 1987, p. 25.

44 CSSSRMM. Op. cit., 1986, p. 15. Ces chiffres conviendraient également pour l'ensemble du Québec si l'on se fie à l'échantillon du MSSS. Op. cit., 1987.

- conséquences sur les pratiques professionnelles

Dans la région de Montréal, une équipe de MAD en 1984-85 compte en moyenne:

1	coordonnatrice
1	chef d'équipe
1.3	secrétaire-réceptionniste
3.1	infirmières
9.8	auxiliaires familiales
0.8	travailleur social
0.8	travailleur communautaire
0.4	médecin
0.3	physiothérapeute
0.3	ergothérapeute[45].

Sur le terrain, les auxiliaires familiales et les infirmières représentent pratiquement les trois-quarts du personnel du MAD (73 %). Ces chiffres rejoignent ceux des C.L.S.C. que nous avons étudiés où l'on retrouve généralement 3-4 infirmières, 6-7 auxiliaires-familiales, 1 travailleur social, 1 T.A.S. Les C.L.S.C. Petite Patrie et Hochelaga-Maisonneuve ont des équipes beaucoup plus importante (on y compte pas moins de 17 auxiliaires familiales dans chacun).

Nous ne reviendrons pas sur l'action communautaire. Comme nous l'avons déjà indiqué, le travail des organisateurs communautaires s'oriente surtout vers la formation de groupes bénévoles ou vers le support à des groupes d'entraide. Nous nous arrêterons donc surtout sur ce qui constitue le coeur des équipes du MAD, les infirmières et les auxiliaires-familiales.

---

45 Nous tirons ces chiffres de CSSSRMM, Op.cit., p. 42.

. Les infirmières

L'alourdissement des clientèles touche d'autant plus fortement les infirmières des soins à domicile que leurs effectifs ont été sous-estimés au départ. Le Livre blanc (1979) évaluait à 660 le nombre d'infirmières nécessaires pour assurer convenablement les soins à domicile. Or, dès 1982, une enquête auprès des usagers et des interventions révélait que c'était des problèmes très concrets de santé physique qui déclenchent de façon générale les interventions à domicile"[46] et qu'on avait "très nettement sous-estimé dans la politique du ministère les besoins de services infirmiers dans la distribution des services à domicile"[47]. Tout cela n'empêche qu'au début de 1986 le nombre d'infirmières à domicile (postes à temps plein) ne dépasse pas 450.[48]

Si l'on revient à l'alourdissement, il faut d'abord mentionner l'alourdissement administratif qui semble aller de pair avec l'alourdissement provenant de la prédominance du curatif. Ainsi de plus en plus d'infirmières doivent diviser leur journée en deux: l'avant-midi où elles font de 7 à 9 visites à domicile et l'après-midi où elles travaillent au bureau:

- à la mise à jour des données,
- au rapport sur les bénéficiaires,
- à communiquer avec le médecin,
- au contact avec la famille,
- à planifier les soins pour les cas lourds,
- au cardex,
- au dossier,
- à des réunions d'équipe,
- etc.

---

46 F.C.L.S.C. Le MAD dans les CLSC. Les raisons d'intervention des différentes clientèles du MAD, Montréal, 1982, p. 8.

47 F.C.L.S.C. Le MAD dans les C.L.S.C. Rôles et actions des intervenants en matière de MAD, Montréal 1982, p.89.

48 Voir Etat de situation. Voir également: Rapport du comité de réflexion et d'analyses des services dispensés dans les C.L.S.C. Québec, Mars 1987, p. 20. (Comité BRUNET).

Pour rejoindre les "deux bouts", les infirmières doivent "s'autominuter" mais certaines sont tellement débordées par les soins à donner qu'elles n'arrivent pas à satisfaire aux exigences administratives comme nous l'avoue l'une d'entre elles:

> "On fait donc sauter les formules: on n'a plus le temps de les remplir. On ne fait pas, par exemple, les formules CTMSP parce qu'on n'a pas le temps d'aller à la rencontre qui expliquerait comment les remplir."

Le roulement de personnel qui résulte de l'alourdissement comme tel, n'est pas sans conséquence sur cet alourdissement administratif.

Au niveau de la composition de la tâche, 90 % des interventions concerne le curatif: les pansements, les prises de sang, la surveillance de la tension artérielle, la surveillance de l'état générale alors que la fonction enseignement ne dépasse pas 3,5 % des interventions.[49] "L'augmentation des services curatifs, comme nous l'affirmait un médecin travaillant dans un C.L.S.C., peut avoir pour effet la diminution sinon la disparition de la prévention." Et, même au niveau du curatif, un directeur général de C.L.S.C. avouait que "les mandats visent plus la quantité (le nombre de visites) que la qualité".

Les infirmières qui ont choisi d'exercer le nursing dans les C.L.S.C. et qui ont vécu les transformations du MAD au cours des dernières années, sont plus que déçues:

> "Autrefois, nous dit une infirmière qui est chef d'une équipe de soins à domicile, le travail était gratifiant, grâce au contact avec les gens, mais maintenant le C.L.S.C. commence à ressembler aux salles d'urgence des hôpitaux, ça devient un prolongement des hôpitaux. (..) On laisse tomber l'aspect préventif."

---

49 MSSS. Op. cit.

Avec la disparition du préventif, la multidisciplinarité "prend le bord". Et même si la priorité va au court terme et au curatif, "les contacts avec le médecin sont de plus en plus rares. C'est seulement quand ça ne va pas du tout (dans les situation d'extrême urgence) qu'on échange". Quant à l'approche communautaire, il vaut mieux ne pas en parler: "avec le mandat (pour le MAD), les formules sont très complexes et obligent à opter pour un mode d'intervention qui satisfait les besoins à court terme".

Les usagers des soins à domicile sont également touchés par ces transformations. Le nombre de bénéficiaires insatisfaits est plus important qu'il y a quelques années. Ils sont parfois déçus pour la bonne raison que "les hôpitaux les renvoient souvent chez eux plus tôt en les assurant qu'ils recevront les services externes appropriés." Or les infirmières qui doivent visiter 8 ou 9 patients dans une journée et travailler sur des dossiers pendant deux ou trois heures, ne peuvent parfois accorder plus d'une trentaine de minutes à chacun d'entre eux.[50] Pour éviter que les déceptions soient trop grandes, certains C.L.S.C. proposent aux infirmières et aux auxiliaires-familiales de "signer une entente avec les patients", entente qui spécifie le nombre de visites et les services qui seront offerts.

En somme, pour les infirmières, l'alourdissement ne signifie pas seulement surcharge de travail mais surtout transformation de leur tâche qui se réduit de plus en plus au curatif. Les dimensions santé communautaire et travail dans des équipes multidisciplinaire n'occupent désormais pas tellement plus de place que dans une salle d'urgence.

---

50 Pour l'ensemble des C.L.S.C. en 1984-85, le volume moyen par intervention pour les soins est de 1h47 et de 3h45 pour l'aide. Mais ce ratio n'inclut ni les déplacements, ni le temps de travail au bureau de sorte qu'"il ne s'agit pas d'une mesure du temps exact passé auprès des usagers par visite à domicile effectuée". Jacques ROY. Op. cit., tome I.

- les auxiliaires-familiales

L'alourdissement des clientèles a également des incidences considérables sur la charge de travail et sur la composition de la tâche des auxiliaires-familiales. Au point de départ, il faut relever qu'avec 780 auxiliaires-familiales dans les C.L.S.C., on est très loin de l'évaluation de 6 555 auxiliaires-familiales que proposait le Livre blanc (1979). Au niveau de la charge, les auxiliaires-familiales visitent entre deux et six bénéficiaires par jour selon les divers CLSC de notre échantillon (il faut se rappeler qu'il existe deux modèles de distribution des services, comme nous l'avons indiqué précédemment). Comparativement aux infirmières, les auxiliaires-familiales accordent deux fois plus de temps à leurs bénéficiaires (soit entre 1 heure et demie et 3 heures). Les bénéficiaires reçoivent quant à eux entre 3 ou 4 heures par semaine (ce qui semble un maximum, soit deux visites) et 3 ou 4 heures par mois.

Une intervention-type peut comprendre les dimensions suivantes:

- soins d'hygiène: bains, massage, cheveux
- entretien ménager, travaux domestiques
- support moral, support dans démarche
- surveillance de l'autonomie
- courses
- repas
- enseignement

Mais, avec l'alourdissement des clientèles et la pression de la demande, il semble bien que la tâche se réduise de plus en plus aux soins d'hygiène et à l'entretien ménager et, dans certains cas, aux soins d'hygiène.

Ainsi, un directeur général d'un C.L.S.C. semi-rural nous a avoué que depuis une année ou deux les interventions des auxiliaires-familiales concernaient surtout (à 90 %) les soins corporels et que telle était la priorité dans son C.L.S.C. Ce pourcentage est probablement exagéré mais il est certain que l'augmentation des soins corporels au détriment

de la prévention[51] va de pair avec l'alourdissement et la pression de la demande. C'est ce que confirme un directeur général d'un CLSC urbain:

> "On n'a plus les ressources pour faire de la prévention. Si les ressources n'augmentent pas, il y a danger que le MAD se cantonne dans le curatif alors que les demandes de services s'accumulent. Par exemple, on est déjà obligé d'espacer les bains: 1 au 3 semaines au lieu de 1 au 2 semaines. D'ici cinq ans il y aura un problème épouvantable."

Une enquête réalisée au C.L.S.C. Hochelaga-Maisonneuve montre que "le plus fort pourcentage de la pratique des auxiliaires-familiales consiste à donner des bains et ensuite à faire l'entretien ménager. L'aspect plus social de la pratique des auxiliaires-familiales ou l'accompagnement-insertion tend à disparaître."[52]

Une clientèle composée très majoritairement de personnes âgées fait que le développement de l'autonomie qui était un aspect important de la pratique des auxiliaires-familiales, est de plus en plus mis de côté:

> "Aujourd'hui, nous dit une auxiliaire, l'autonomie n'a plus de sens quand on intervient auprès de personnes âgées de 75 ans et plus. Les cas sont ainsi plus lourds qu'il y a quelques années."

---

51 Il est difficile d'obtenir des données comparables sur ce point, il semble cependant que le support moral diminue. Voir F.C.L.S.C. Le MAD dans les C.L.S.C. Rôles et actions des intervenants, Montréal, F.C.L.S.C., Cahiers 6, p. 80. Egalement pour 1987, Voir MSSS. Op. cit., 1987.

52 Gilles BEAUCHAMP. Allocation des services d'auxiliaires familiales Rapport d'analyse du fichier 1985-86, (C.L.S.C. Hochelaga-Maisonneuve), Montréal, 1986.

Par ailleurs, le taux de rotation des patients en convalescence et des post-opératoires serait plus élevé de sorte qu'il devient encore "plus difficile d'investir du temps pour assurer le suivi". Enfin pour ceux à qui on accorde moins de temps, on peut se demander si le programme de MAD a encore un sens lorsqu'on accorde "deux heures de services par semaine, lorsque le besoin évalué lui, dépasse dix ou douze heures"[53].

Parce qu'orientée presqu'exclusivement sur le curatif primaire (les soins corporels), la pratique des auxiliaires perd sa dimension sociale. D'une part, comme le dit une coordonnatrice du MAD, "l'alourdissement des clientèles fait en sorte que les intervenants sociaux se sentent de plus en plus minoritaires par rapport au personnel médical". D'autre part, la dimension multidisciplinaire et travail en équipe s'estompent particulièrement dans le cas des auxiliaires-familiales. Nous avons vu à propos des ententes locales comment ces dimensions étaient importantes pour décoder les demandes et pour mieux y répondre. En raison de leur proximité sociale des clientèles desservies et du temps qu'elles leurs accordent, les auxiliaires-familiales jouaient souvent un rôle déterminant dans l'évaluation des besoins au sein d'équipes multidisciplinaires. Leur tâche était alors élargie pour y inclure la dimension communautaire. C'est ce que reconnaîtra la convention collective dans sa définition du titre d'emploi d'auxiliaire-familiale.

Dans la réalité (sous le poids de l'alourdissement des clientèles et de la pression de la demande), la tâche d'auxiliaire-familiale se rétrécit à la seule composante soins corporels et entretien ménager. Les auxiliaires-familiales que nous avons interviewées, avouent que leur expertise est de moins en moins reconnue (ex.: la nécessité ou non d'une chaise roulante pour un cas léger). En revanche, quand on fait appel à des agences privées, les principales insatisfactions sont le manque de suivi et le manque de formation du personnel[54]. Dans un C.L.S.C. où les auxiliaires-familiales sont nombreuses, la coordonnatrice du

53 MSSS. Op. cit., p. 25

54 Voir l'enquête réalisée par le groupe Conseil des coopératives de travail de Montréal-Local, L'agence coopérative d'auxiliaires-familiales de Montréal. Etude de cas. Document de travail, Montréal, GCM, 1986.

MAD ne les invite pas aux réunions d'équipe concernant les cas lourds même si plusieurs y sont impliquées. Il existe dans la plupart des C.L.S.C. de notre échantillon une absence de rapport entre auxiliaires-familiales et infirmières. Selon certaines auxiliaires-familiales, les infirmières auraient tendance à les diriger comme si elles étaient leur assistante, ce qui semble aller de soi lorsque la tâche est réduite au "curatif primaire".

Enfin, nous avons accordé peu d'attention aux nouveaux mandats (ex.: SIMAD et 24/7) parce qu'ils auraient constitué une recherche en soi. Qu'il suffise d'indiquer que ces nouveaux services ne sont généralement pas assurés par le personnel régulier. Ainsi, le programme de soins intensifs à domicile est financé cas par cas de sorte que, comme nous l'avouaient un directeur général, "on a recours à la liste de rappel ou aux agences privées... même si la qualité est inférieure".

Conclusion

Dans un premier temps, nous reviendrons sur la politique des services à domicile pour en dégager les principaux éléments de compromis. Dans un second temps, nous rappellerons les deux grandes conclusions qui se dégagent de notre analyse de ce programme tel qu'opérationnalisé dans les C.L.S.C.

. La politique des services à domicile

En simplifiant quelque peu, nous dirons que la politique énoncée en 1979 constitue en quelque sorte un compromis entre les technocrates soucieux d'une rationalisation des ressources (et d'une réduction des coûts) et les personnes en perte d'autonomie qui ont vu dans le maintien à domicile un moyen d'améliorer leur qualité de vie. Parler de compromis laisse évidemment supposer que les demandes formulées au départ ne seront satisfaites qu'imparfaitement. C'est ce que révèle l'énoncé de politique (1979) tant sur la définition du service que sur les objectifs. C'est aussi ce que confirme l'analyse des services réellement offerts.

1) Sur la définition des services à domicile, la conception mise de l'avant par le MAS correspond davantage à la conception large (dimension préventive) qu'à la conception étroite (extension des services hospitaliers). Ainsi, par services à domicile, le Livre blanc "entend l'ensemble des activités visant à apporter au domicile du bénéficiaire un soutien moral, matériel et médical susceptible de compenser une perte d'autonomie, de prévenir ou de pallier à une situation de crise et d'éviter ou d'abréger le séjour en institution" (MAS, 1979). Il est fait explicitement référence au maintien à domicile comme le demandaient les C.L.S.C. mais c'est pour dire que les soins à domicile constituent "un élément majeur d'une politique de maintien à domicile". Si le MAS est d'accord pour dire qu'une telle politique doit impliquer "des actions d'amélioration du logement, du transport et du revenu", le Livre blanc porte toujours le titre de "politique des services à domicile". Bien plus, le chapitre consacré aux ressources ne fait mention que d'auxiliaires-familiales et d'infirmières. En somme, le MAS ne crée pas un service nouveau et n'annonce pas d'ajout de ressources qui correspondraient au concept large de maintien à domicile.

2) La politique des services à domicile prévilégie les C.L.S.C. dans la distribution de ces services parce que ces derniers sont plus en mesure que les autres composantes du réseau d'assurer "une meilleure intégration des activités sociales et de santé" et "une meilleure participation des communautés à la prise en charge des citoyens dans le besoin" (MAS, 1979). Mais "la responsabilité des critères d'admissibilité" n'est pas laissée aux C.L.S.C. comme le demandait la Fédération. Bien plus, c'est aux Conseils Régionaux de la Santé et des Services Sociaux (CRSSS) qu'est confiée la responsabilité "d'assurer l'organisation des services à domicile sur leur territoire respectif" et le soin de veiller à ce que ces services "s'adressent prioritairement aux clientèles-cibles identifiées". Enfin, les DSC et les CSS se voient confier les tâches de concevoir avec les autres établissements et organismes "des programmes d'intervention sociale et de santé et participer à leur mise en place". Les DSC et les CSS se voient également confier la responsabilité d'évaluer les résultats de ce programme sur leur territoire. Ils sont aussi invités "à collaborer avec les CRSSS et le MAS à la détermination de l'impact des programmes de services à domicile sur l'ensemble du territoire québécois". Ces concessions au contrôle médical sur les services à domicile expliquent sans doute pourquoi ce programme dans les C.L.S.C. sera l'objet d'évaluations aussi fréquentes.

3) Dans le Livre blanc, il est fréquemment fait allusion à la solution d'entraide et à la solution communautaire. Cela suppose évidemment l'action communautaire mais, dans cette optique, elle est réduite à la formation de groupes d'entraide et de bénévoles pour des cas bien identifiés. La dimension préventive nécessaire pour que vivre chez soi soit moins ennuyeux que vivre en institution, est absente. Autrement dit, rien ne laisse prévoir une meilleure intégration sociale et une meilleure qualité de vie.

4) Pour atteindre l'objectif d'une réduction du recours à l'institution, les services à domicile sont gratuits mais un des critères d'admissibilité spécifie que le "bénéficiaire doit être incapable de satisfaire par lui-même ou avec l'aide de ses proches (parents et amis) un ou plusieurs besoins que les services à domicile peuvent combler". Dès lors, la priorité devra être "accordée aux personnes qui, faute de ressources financières, ne peuvent se procurer elles-mêmes le support requis". En somme, si le principe de la gratuité

est clairement affirmé, celui de l'universalité ne l'est pas, y compris à l'intérieur des populations-cibles.

En somme, même si le Livre blanc prévoit des ressources importantes pour les services à domicile (660 infirmières et 6 555 auxiliaires-familiales sont prévues), les moyens qu'annonce cette politique, ne dépassent pas le cadre étroit des services à domicile. L'élaboration d'une politique de maintien à domicile est remise à plus tard. Entre temps, on suppose que l'insertion de ces services dans les C.L.S.C. suffira à leur donner l'ouverture qu'annonce cette politique.

. **Les services à domicile**

Les C.L.S.C. ne deviendront la porte principale pour les services à domicile que trois ou quatre ans après la publication du Livre blanc, soit au rythme même des transferts de personnel et des budgets de développement. L'insertion de ce programme dans les C.L.S.C. a effectivement permis de bénéficier de ressources plus diversifiées que celles annoncées dans la mesure où certains C.L.S.C. - particulièrement ceux de la première génération - ont pu y mettre à contribution les ressources des programmes locaux. Les recherches effectives sur ce programme de même que notre enquête ont attiré notre attention sur deux problèmes, celui de la diversité des services d'un progamme national et celui de l'alourdissement des clientèles et de ses conséquences sur les pratiques professionnelles (et les services).

- un programme national avec des services diversifiés

La plupart des directeurs généraux des six C.L.S.C. que nous avons étudiés, affirment sans hésitation qu'ils n'ont aucune autonomie dans la gestion de ce programme et que leur rôle se limite à celui d'exécutant. Ce point de vue se fonde sur le fait que le mandat est explicitement défini en ce qui concerne aussi bien les objectifs que les clientèles et les conditions d'admissibilité, et que le budget protégé ne laisse aucune marge de manoeuvre et qu'il est au surplus insuffisant. A cela s'ajoutent le contrôle et l'évaluation que les CRSSS exercent sur ce programme.

Paradoxalement, les services sont loin d'être uniformes selon les divers C.L.S.C.: les uns donnent priorité aux cas lourds et accordent un nombre élevé d'heures par usager alors que d'autres répondent à la plupart des demandes mais donnent qu'un nombre réduit d'heures par usager. De plus, les différences touchant également les ressources utilisées, les services communautaires, les critères d'admissibilité, les formes d'appel aux ressources du milieu, etc.

Aux yeux de la plupart des technocrates soucieux de rationalité, cette diversité au niveau soit des grilles d'évaluation, des clientèles à privilégier, des ressources à utiliser, etc. Loin de constituer un mal en soi, la diversité des services peut favoriser une réponse plus souple et plus adaptée pour la bonne raison que les besoins et les ressources des divers milieux et régions ne sont pas identiques. Rien ne nous assure que l'uniformisation et la centralisation soient plus rationnelle en ce domaine. Il y a lourd à parier qu'une autonomie locale qui permette un rapport diversifié au milieu et une implication originale des professionnels donnera de meilleurs services et de meilleurs résultats.

- **l'alourdissement des clientèles et ses conséquences**

L'alourdissement des clientèles renvoie à l'augmentation de nouveaux cas qui sont des cas lourds. Cette situation nouvelle résulte principalement du vieillissement de la population et à la saturation institutionnelle. Progressivement, les services à domicile répondent moins à la logique de la désinstitutionnalisation qu'à celle de la non-institutionnalisation et de l'hospitalisation à domicile. Cette nouvelle situation a des conséquences importantes sur les pratiques professionnelles, sur la qualité des services et sur les objectifs du MAD (ex.: la prévention).

Pour les infirmières, l'alourdissement des clientèles signifie non seulement surcharge de travail (8-9 visites par jour et alourdissement administratif) mais transformation des composantes de la tâche: 90 % des interventions concernent désormais le curatif alors que la fonction d'enseignement ne dépasse pas 3,5 %. De l'aveu des infirmières des soins à domicile et de leur coordonnatrice, les C.L.S.C. commencent

"à ressembler à des salles d'urgence". Tout est alors orienté vers le court terme: le préventif et la santé communautaire sont ainsi évacués. Par ailleurs, les usagers ne sont pas satifaits pour autant puisqu'ils considèrent ne pas recevoir l'équivalent de ce que les institutions offrent.

Les conséquences de l'alourdissement sont aussi importantes pour les auxiliaires-familiales. Les interventions tendent à se limiter aux soins d'hygiène et à l'entretien ménager de sorte que les dimensions sociales et préventives disparaissent là aussi. De plus, le travail s'individualise, les réunions d'équipe se réduisent aux auxiliaires-familiales elles-mêmes et les rapports se hiérarchisent. Cette situation contraste avec la tâche qu'elles ont assumé jusqu'ici dans les C.L.S.C. où elles ont souvent joué le rôle d'intermédiaire entre les professionnels et le milieu qu'elles connaissaient mieux de par leur origine et leur contact prolongé avec les usagers. Par rapport au titre d'emploi tel que défini dans la convention collective, il y a manifestement une réduction de la tâche dans le sens de la déqualification et d'une réduction des services.

Si les syndicats tant au niveau national que local ne se sont pas préoccupés de ces transformations, c'est de toute évidence en conformité avec un compromis salarial fordiste selon lequel les revendications portent surtout sur les salaires, la sécurité d'emploi, les conditions de travail alors que le reste (organisation du travail et les services) relève des droits de gérance et donc de la partie patronale.

Par ailleurs, les usagers manifestent actuellement leur insatisfaction principalement sur une base individuelle alors que leurs associations (ex.: Age d'Or ou asociations d'handicapés) agissent au niveau national comme groupe de lobby et au niveau local comme groupe de soutien. Leurs revendications concernent généralement les grandes orientations des politiques à l'échelle du Québec (voir la première partie de ce chapitre) alors que leur rôle de groupes de soutien au niveau local les laisse sans grande influence sur les formes concrètes des services à domicile. Il y a cependant un point qui s'impose aux yeux des personnes en perte d'autonomie, c'est que les services à domicile loin de constituer une alternative à l'institutionnalisation en représentant une forme à rabais (l'hospitalisation à domicile ou la non-institutionnalisation). Notre recherche ne nous

permet pas d'affirmer que cette évaluation représente bien le point de vue des usagers mais notre enquête révèle que ce point de vue tend à se généraliser parmi les infirmières et les auxiliaires-familiales des soins à domicile. Si tel est le cas, faut-il se surprendre que malgré le développement important des services à domicile, les centres d'hébergement et les salles d'urgence continuent d'excercer une attraction aussi forte sur les personnes en perte d'autonomie. La formulation d'une politique de maintien à domicile où les services à domicile ne constituant qu'une composante pourrait bien être encore à l'ordre du jour.

CHAPITRE VI

LA SANTE-SECURITE AU TRAVAIL: SOUS-TRAITANCE ET AUTONOMIE

INTRODUCTION

Le programme de santé et sécurité du travail relié à la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) et réalisé par des équipes rattachées aux C.L.S.C. est apparu dès le début de notre recherche comme un programme ayant ses particularités propres: il était le plus souvent considéré comme une "greffe" sur les C.L.S.C., au sens où les directions locales elles-mêmes n'avaient aucune emprise sur les objectifs, les ressources, et l'évaluation de ce programme. Greffe organisationnelle, mais aussi "greffe culturelle" car ce programme ne respectait pas la "démarche - C.L.S.C.", la culture - C.L.S.C.

De notre point de vue, celui des rigidités institutionnelles et organisationnelles en regard de la demande sociale, ce programme présentait l'intérêt de faire apparaître un modèle spécifique et d'étendre la gamme de variation entre les divers programmes à l'intérieur même de C.L.S.C. La question est donc la suivante: quelle est l'articulation entre l'agence de financement et de planification, les producteurs de services, et les usagers-consommateurs?

La première partie sera consacrée au repérage des caractéristiques principales de ce programme, plus précisément au repérage de la forme structurelle de relations entre la CSST et les C.L.S.C. Un court rappel de la "crise" de la forme antérieure ou du régime précédent permettra de saisir comment le "couple" CSST-CLSC a pu se constituer et quels sont les rapports de travail ou les rapports de pouvoir qui se sont instaurés. Dans la seconde partie, le point de vue sera celui des rapports aux usagers, c'est-à-dire des rapports entre l'agence, y compris les équipes dans les C.L.S.C., et les utilisateurs de ses services, c'est-à-dire les travailleurs et les employeurs. Ces deux types de rapports (de travail ou de production d'une part, et de consommation ou d'utilisation d'autre part) ne doivent pas être isolés l'un de l'autre. Car ne considérer que les rapports de travail aboutit généralement à l'analyse de tensions structurelles ou organisationnelles sans égard à l'utilité sociale du service;

de même, les analyses centrées exclusivement sur les rapports de consommation font aparaître l'agence de production le plus souvent comme homogène sans égard aux conditions réelles de production. Or le plus souvent les rapports de travail et les rapports de consommation s'influencent les uns les autres ou plutôt sont adéquats au sens où ils ont tendance à produire globalement les mêmes effets. Sur un plan plus concret, l'analyse simultanée de ces deux rapports permet d'articuler les relations entre les divers agents sociaux impliqués dans un service, à savoir les dirigeants, les intervenants et les clients.

Dans la troisième partie, c'est la dynamique concrète de ces relations qui sera analysée, à partir des interventions des équipes de santé au travail dans les entreprises. Il faut ici insister sur ce point: la reconstitution des relations entre la CSST, les C.L.S.C., les comités de santé et de sécurité au travail, les employeurs et les travailleurs est réalisée à partir de nombreux documents mais surtout à partir des récits des équipes de santé au travail rattachées aux CLSC sur les modalités de fonctionnement de leurs équipes et sur leurs interventions concrètes dans les entreprises. Il aurait sans doute été souhaitable d'inclure les points de vue de tous les agents, mais dans les limites de cette recherche sur les CLSC, les intervenants (directeurs généraux, coordonnateurs, techniciens en hygiène industrielle et infirmières) sont sans doute le lieu privilégié pour saisir les conflits et les tensions de l'ensemble du programme, de même que les rigidités et les flexibilités vis-à-vis la demande sociale.[1]

La conclusion offrira une synthèse des principales tensions dans l'ensemble du programme qui fondent et légitiment les ajustements structurels et les nouvelles règles du jeu qui seront l'objet des recommandations.

---

1 Cette approche méthodologique est explicitée en annexe.

1. Un compromis bien particulier: le couple CSST - CLSC

Tous les documents consultés et toutes les entrevues faites auprès d'intervenants rappellent l'opposition de deux démarches, sinon la contradiction entre deux cultures, deux modèles d'intervention en santé au travail. Ceux et celles qui, bien avant la création de la CSST, avaient mis sur pied dans les C.L.S.C. des programmes d'intervention en milieu de travail font état de leur démarche centrée sur l'évaluation des besoins des divers milieux; l'équipe multidisciplinaire; la prise en charge progressive des intéressés eux-mêmes par l'information, la motivation; l'approche globale et intégrée grâce à l'interdépendance et à la complémentarité entre les divers programmes à l'intérieur même du C.L.S.C.

La Fédération des C.L.S.C. (F.C.L.S.C.), dans le mémoire qu'elle présentait à l'occasion de l'étude du projet de loi sur la santé et la sécurité du travail,[2] s'appuyait sur cette approche, déjà expérimentée dans un trentaine de C.L.S.C. pour proposer des amendements. La F.C.L.S.C. proposait d'élargir la notion de santé à l'intégrité mentale et sociale des travailleurs conformément à la définition de l'Organisation mondiale de la santé et du Livre blanc[3] plutôt que de la réduire à l'intégrité physique. Un tel élargissement aurait consacré directement l'approche globale et multidisciplinaire déjà présente dans les équipes des C.L.S.C. et donc leur rôle dans l'élaboration et l'application des programmes de santé. Le projet de loi, selon la F.C.L.S.C., médicalisait la santé au travail, d'autant plus qu'il en remettait la responsabilité directement aux médecins et aux départements de santé communautaire des centres hospitaliers; pour ces raisons, la FCLSC proposait que l'entière responsabilité de la santé au travail soit accordée au ministère des Affaires Sociales (devenu le ministère de la Santé et des Services Sociaux) plutôt qu'à la CSST, et à partir de programmes-cadres conçus en collaboration avec la CSST.

---

2 F.C.L.S.C. Mémoire concernant le projet de loi 17: "Loi sur la santé et la sécurité du travail", août 1979.

3 Gouvernement du Québec. Santé et sécurité au travail: politique québécoise de la santé et de la sécurité des travailleurs, Québec, Editeur officiel du Québec, 1978, 289 pp.

Deux démarches, deux cultures, et pourtant le couple s'est formé! Il est aisé de dire que chacune y a vu de ses intérêts, malgré les oppositions: cela va de soi, même si certaines pressions ont dû être exercées. Ou encore d'invoquer un accord sur les objectifs généraux, comme l'exprimait une intervenante:

> "On est embarqué parce qu'il y avait une similitude d'objectifs, au point de vue de la philosophie de base: réduction à la source des problèmes de santé, prévention, prise en charge par le milieu. Il y avait une similitude très claire et c'était la loi que le Québec avait besoin. C'est dans les règlements et les moyens qu'on s'est fait avoir!"[4]

Il est plus important cependant de repérer les termes de l'entente et les modes d'organisation qui en ont découlés. Deux aspects de l'entente doivent être distingués: les relations de pouvoir entre les parties d'une part, et d'autre part les relations avec les usagers-utilisateurs.

. Un tournant majeur dans les relations de travail et le système de santé

Les objectifs généraux proclamés par la Loi, à savoir l'élimination des dangers à la source et la participation des travailleurs et des employeurs à la mise en oeuvre des politiques de santé et de sécurité manifestent un tournant majeur à la fois dans les relations de travail et dans le système de santé au Québec.

---

4 Ce point de vue est en tous points conforme à celui de la Fédération des CLSC, FCLSC. Guide préparatoire à une intervention CLSC en santé-sécurité du travail, Montréal, novembre 1982, Dès 1980, la FCLSC publie des avis et documents pour faciliter l'implication des CLSC en santé au travail.

Dans le domaine des relations de travail, c'est à partir des années '70 que s'accentuèrent de nouvelles revendications sur les conditions de travail. En effet pendant toute la période de croissance (dite des Trente Glorieuses), les négociations collectives s'étaient stabilisées autour du compromis suivant: les directions patronales ont obtenu des droits de gérance étendus alors que les négociations collectives portaient surtout sur les conditions salariales. Le salaire est devenu l'équivalent général pour compenser la monotonie, et aussi pour compenser d'autres formes d'agressions sur les lieux de travail: insécurité, dangerosité, insalubrité. Dans les divers systèmes d'évaluation des tâches, les risques étaient pondérés et comptabilisés comme une des variables pour la détermination des salaires.

Ce compromis est remis en question à la fin des années '60:[5] apparaissent les grèves et les révoltes non seulement contre la monotonie induite par le taylorisme et le fordisme, mais aussi contre les conditions de travail qui constituent des risques à la santé et à la sécurité. Le mouvement syndical s'implique donc davantage dans des revendications sur les conditions de travail et recherche une meilleure protection par le moyen qu'il a toujours privilégié, à savoir la convention collective.

Mais le système lui-même de relations de travail est alors en crise: les révoltes contre le fordisme, les exigences salariales alors que les profits commencent à baisser, les nouvelles revendications sur les changements technologiques et les conditions de santé et de sécurité, de même que celles plus spécifiques au mouvement féministe à l'intérieur des centrales syndicales sont telles que l'échange entre augmentation de la productivité et augmentation de salaires ne peut plus se réaliser et que le

---

5 Cette remise en question du comprois salarial est un élément essentiel de la crise économique, selon les analyses de l'école de la régulation. Voir en particulier: M. AGLIETTA, Régulation et crises du capitalisme, Paris, Calmann-Levy, 1976, Pour un résumé de la crise au Québec et sa couleur locale, Voir: P.R. BELANGER, "Néo-fordisme et néo-étatisme", in G. BRETON, éd., Pouvoir politique et économique mondiale, (à paraître).

mécanisme de négociation s'avère incapable de gérer les nouveaux conflits générés par les nouvelles revendications syndicales. L'Etat se doit d'intervenir, même pour imposer des normes salariales. Devant l'impasse, il intervient aussi dans le domaine de la santé et la sécurité au travail: d'abord par la refonte de multiples lois (en particulier sur les mines et l'indemnisation de l'amiantose), puis par une refonte plus globale consacrée par la Loi sur la santé et la sécurité du travail (Loi 17) adoptée en 1979.[6]

Non seulement l'Etat intervient, mais il change l'économie générale du régime. La compensation financière est étendue à des nouveaux secteurs d'activités économiques et à de nouvelles maladies professionnelles; surtout, l'accent est désormais mis sur la prévention plutôt que sur l'indemnisation des victimes et l'inspection des lieux de travail quant à leur conformité aux normes gouvernementales. En effet les pressions syndicales de même que la croissance des coûts liés au nombre élevé d'accidents convergent sur l'objectif général d'élimination des agressions à la source plutôt que sur l'indemnisation et la réadaptation. Cette nouvelle orientation est d'ailleurs conforme à celle de la réforme du système public de santé intervenu quelques années auparavant: accès universel aux services de santé et de services sociaux, mais aussi "tentative" de généralisation d'une approche préventive pour remplacer le modèle biomédical dominant centré sur la réparation curative sans égard aux causes socio-économiques ou environnementales des maladies.[7]

Crise financière, crise de légitimité de la médecine traditionnelle, crise des relations de travail; crise aussi de la démocratie, faudrait-il ajouter, car le nouveau régime se caracatérise par un nouveau partage des pouvoirs, par la participation des travailleurs et des employeurs à la détermination même des orientations des services de santé et de sécurité. Cette participation s'est traduite par le "paritarisme" entre employeurs et travailleurs et la création d'un réseau de nouvelles institutions pour gérer et réaliser le régime québécois de santé et sécurité.

---

6 Gouvernement du Québec, Loi sur la santé et la sécurité du travail, Québec, Editeur officiel du Québec, 1982.

7 Voir notre introduction générale pour un bref résumé des analyses de cette réforme.

Le gouvernement avait en effet affirmé que cette responsabilité n'était pas d'abord celle des professionnels[8] mais bien celle du monde du travail lui-même.

Ce tournant majeur dans les orientations et dans les institutions ne se concrétisera pas sans de nombreux compromis quant au partage des responsabilités entre intervenants et mécanismes ou organismes de fonctionnement. Car, il ne faut pas l'oublier, la Commission de la santé et la Sécurité du travail hérite de services et d'agences déjà existants, comme la Commission des Accidents du Travail (CAT) en même temps qu'elle doit créer tout un réseau nouveau d'institutions pour remplacer les "médecins de compagnie" qui jusque-là s'occupaient de la médecine du travail. Les pratiques d'intervenants et les mécanismes observés aujourd'hui ne datent donc que de trois ou quatre ans.

• La formation du couple C.S.S.T. - C.L.S.C.[9]

Lors de la mise en oeuvre du nouveau régime, plusieurs solutions ont été envisagées et soumises au débat public.

---

8 Pour un résumé des caractéristiques principales du régime, voir: Commission de la Santé et de la Sécurité du travail, Rapport annuel 1980, Editeur officiel du Québec, 1981; ce rapport contient aussi un bref historique de la législation à cet égard. Aussi: Kenneth GEORGE, Entre syndicats, entre patrons, Montréal, ARC, 1986.

9 Nous avons eu le privilège de prendre connaissance des conclusions de l'excellente recherche de Deena WHITE, The Involvement of the Public Health System in the Occupational Health and Safety: A Strategic Analysis, sous la direction de Marc RENAUD, GRASP/SST, Université de Montréal, février 1987, Nous y puisons certaines informations contenues dans cette section.

Le MAS, appuyé par la F.C.L.S.C., aurait souhaité qu'une distinction radicale soit faite entre les activités d'indemnisation-réparation et celles de prévention (incluant les programmes de santé); dans une telle hypothèse, le MAS aurait assumé les responsabilités de prévention et aurait intégré la santé-sécurité au travail à son réseau public de santé; la CSST aurait quant à elle assumé les responsabilités en matière de compensation.

A l'opposé, la CSST, formée des représentants des associations patronales et syndicales, favorisait plutôt le développement de son propre réseau de santé-sécurité au travail, parallèle au système public existant. Cette position semblait correspondre aux intérêts des principaux intéressés. D'une part, le ministère responsable de la CSST et les syndicats tenaient avant tout à remplacer la "médecine de compagnie" alors que pour le patronat la santé et la sécurité au travail relevait toujours des droits de gérance des employeurs. D'autre part, et le patronat et les syndicats affiliés à la FTQ, qui représentent la majorité des travailleurs du secteur privé et donc les principales victimes d'accidents et de maladies professionnelles reconnues, s'entendaient pour ne pas laisser au MAS les responsabilités de prévention, pour des raisons diverses mais souvent convergentes: difficulté d'exercer un contrôle sur des intervenants ou bien "fonctionnaires", ou bien "intellectuels" dépourvus de connaissances des milieux de travail, ou bien "militants syndicaux et politiques", de surcroît affiliés à la CSN "rivale" de la FTQ et opposée aux commissions paritaires et à la participation... Bref, une certaine crainte commune de l'Etat soit pour ses intérêts privés, soit pour son autonomie culturelle et syndicale, d'autant plus que ces deux parties s'engageaient dans des formes paritaires de mise en oeuvre du nouveau régime et de prise en charge des problèmes de santé-sécurité au travail.

Donc, ou bien le réseau public ou bien un réseau public parallèle de médecine du travail. Selon Deena White, c'est le Conseil du Trésor qui se serait opposé au développement d'un réseau parallèle. En tout état de cause, le gouvernement a imposé un compromis: la Commission deviendra le maître d'oeuvre du régime de santé-sécurité au travail, mais elle devra confier à des institutions du réseau public (les départements de santé communautaire (DSC) rattachés à des centres hospitaliers (CH) le mandat d'élaborer des programmes de santé sur leur territoire respectif. Puis le MAS, responsable des CH et des DSC, viendra décréter la

décentralisation des équipes d'intervention dans les entreprises vers les Centres Locaux de Services Communautaires (CLSC), car ces derniers doivent assumer, selon la politique générale, les services de première ligne.[10] En conséquence, les DSC ont dû déléguer à leur tour des responsabilités aux C.L.S.C.

Ainsi, comme le souligne fort bien et à juste titre Deena White, les équipes en santé au travail se sont retrouvées avec deux maîtres et deux ensembles de lois et règlements.

D'un côté, ces professionnels de la santé sont des salariés du MAS et du gouvernement et à ce titre sont soumis à la convention collective qui régit leurs conditions de travail de même qu'à la Loi sur les services de santé et les services sociaux. De l'autre, ces mêmes professionnels sont liés à la CSST par relation contractuelle et ainsi soumis à la Loi sur les services de santé et de sécurité du travail.

Cependant, vu sous l'angle des rapports de travail, ce qui est déterminant dans la définition des activités, responsabilités et pouvoirs des divers agents, en somme ce qui structure leur relation c'est bien la relation de sous-traitance entre la CSST et le C.L.S.C. Cette relation de sous-traitance concrétise bien, si l'on peut dire, le compromis élaboré. Puisque la CSST conserve la direction du régime, le "monde du travail et du capital" se soustraient à l'ingérence de l'Etat dans leurs "affaires"; et puisque les tâches d'exécution seront confiées aux institutions publiques, l'Etat, dirigé par le PQ à qui le soutien politique des travailleurs du secteur public a été décisif, maintient l'intégrité et la complémentarité du réseau de santé public.

---

10 MAS, Politique cadre d'administration des services de santé au travail de première ligne, Circulaire 1982-094, 1982, Aussi, MAS, circulaire 1980-31.

. **Une relation de sous-traitance**

Même si elle semble avoir pour objet d'établir les droits, responsabilités et privilèges des parties contractantes comme le fait une convention collective, la relation de sous-traitance est cependant bien différente. En effet, une relation de sous-traitance consacre une relation entre deux organisations ou deux entreprises autonomes et indépendantes et ne peut donc de ce fait produire une unité organisationnelle. Les relations entre le "donneur d'ouvrage" et le "producteur de services" sont donc limitées par la nature même de leurs relations. Puisqu'il n'y a pas de lien permanent entre les parties, leurs relations ne peuvent être fondées sur le sentiment d'appartenance, la loyauté, l'identification à une "culture" commune, qui permettent souvent l'innovation et l'initiative des "membres" d'une organisation en accord avec des objectifs généraux partagés.

En d'autres termes, les moyens de contrôle sont réduits. Au contraire, une organisation peut "marcher", si l'on peut dire, à l'intérêt individuel, au respect strict des règles, à la coalition de groupes d'intérêt ou enfin à la culture ou plutôt à l'adhésion à l'organisation pour la contribution sociale qu'elle apporte à la société ou à la population. Ces divers modes de relations ne peuvent donc pas exister, de sorte que c'est le contrat exclusivement qui soude les parties et c'est le respect strict des règles du contrat qui accorde les meilleures chances d'un renouvellement de l'entente entre les parties. Plus encore, les parties auront intérêt à spécifier le plus précisément possible les termes de l'entente afin de se protéger contre toute dénonciation du contrat.

Aussi, et contrairement à la situation qui prévaut dans une entreprise ou organisation où il y a une convention collective, la relation de sous-traitance sous-tend une forte inégalité des "partenaires". Le donneur de contrat peut, à la limite, rechercher d'autres partenaires, ce qui rend très précaire la situation des sous-traitants. Cette possibilité est interdite actuellement par la loi, mais n'en constitue pas moins une inquiétude puisque cette législation est précisément le résultat d'un compromis qui dépend des différentes forces sociales qui l'ont stabilisé.

Enfin, la relation de sous-traitance risque d'être autoritaire puisqu'elle ne prévoit pas de mécanismes de négociation ou de consultation ou de participation. L'absence de lien permanent rend difficile la constitution d'un pouvoir des sous-traitants qui pourrait s'imposer en quelque sorte au donneur de contrat.

Cette brève analyse des caractéristiques de la sous-traitance pourrait être entendue comme un plaidoyer en faveur de l'une ou l'autre des solutions envisagées préalablement à l'adoption de la Loi: ou bien réseau public ou bien réseau parallèle de médecine du travail. Il faudrait alors expliquer non seulement que les rapports de forces ont changé et que de nouveaux compromis sont maintenant possibles, mais aussi évaluer les effets des nouvelles formes structurelles et organisationnelles sur les pratiques concrètes de santé et sécurité au travail. L'analyse du rapport de consommation indiquera que la "clarté" organisationnelle n'est pas la meilleure solution.

Mais il faut maintenant expliciter cette relation de sous-traitance et examiner les partages de responsabilité et de pouvoir qu'elle encadre. Cette relation est appuyée directement par la Loi d'une part et par le contrat type d'autre part.

- <u>La Loi a presque tout prévu</u>

La Loi sur la santé et la sécurité du travail a pour objet l'élimination à la source même des dangers pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique des travailleurs. Elle établit des mécanismes de participation des travailleurs et de leurs associations, ainsi que des employeurs et de leurs associations à la réalisation de cet objectif.[11]

---

11 Voir: CSST, <u>Rapport annuel 1980</u>, Editeur officiel du Québec, 1981, p. 11.

La Commission créée par cette Loi a pour fonctions d'élaborer, de proposer et de mettre en oeuvre des politiques relatives à la santé et à la sécurité des travailleurs de façon à assurer une meilleure qualité des milieux de travail. Elle intègre les mandats de prévention, d'inspection et de réparation prévus par la Loi. Son intervention vise la transformation de l'environnement du travail grâce à la prise en charge du milieu par les travailleurs et les employeurs.[12]

C'est à l'intérieur de la prévention que se situent les programmes de santé. Selon la Commission, la prévention constitue une fonction capitale du régime québécois de santé et de sécurité du travail et comporte deux volets, à savoir la normalisation et le service à la clientèle. La normalisation renvoie à l'élaboration et la promulgation des normes minimiales que doivent respecter les agents sociaux, alors que le service à la clientèle comprend la formation, l'information et l'assistance en matière de prévention: les programmes de santé font partie de ce service à la clientèle.

Il faut souligner ici la distinction nette, à l'intérieur de la prévention, entre la normalisation et les programmes de santé.

Les programmes de santé du travail comportent deux volets complémentaires, soit la surveillance de l'environnement du travail et la surveillance médicale des travailleurs. Ils font l'objet d'une programmation et sont appliqués dans l'établissement par le médecin choisi par le comité paritaire ou, à défaut, par le chef du département de santé communautaire ou la Commission. Ce médecin oeuvre au sein du réseau de santé public. La Loi confie aux 32 départements de santé communautaire le mandat de mettre en oeuvre les programmes de santé du travail. Le programme doit comporter, au minimium, conformément à la Loi, la surveillance des travailleurs, la surveillance du milieu de travail et les services de premiers soins pour parer aux urgences.[13]

---

12 Ibid, p. 7.

13 Ibid, p. 15.

Par ailleurs, c'est le comité paritaire de l'établissement, où s'exerce la participation des travailleurs et des employeurs à l'élimination des causes des lésions corporelles,[14] qui a le pouvoir de décision sur le choix du médecin et le programme de santé élaboré par ce médecin.

Comme on peut le constater, la loi détermine déjà les pouvoirs étendus de la Commission, comme si celle-ci avait craint les éventuelles négociations à propos des mandats ou des contrats: le contenu même des programmes de santé est inscrit d'avance dans la Loi.

- le contrat type

Mais le contrat-type, qui prévoit le contenu minimum des contrats à intervenir entre la Commission et les CH-DSC, vient encore davantage spécifier les responsabilités et les pouvoirs des parties.[15] Ce contrat type se traduit en contrat spécifique[16] entre la CSST et un CH-CSC particulier, qui lui-même établit le cadre du contrat de services entre un Ch-DSC et un CLSC.[17] Il serait intéressant d'analyser aussi les règlements, directives, guides et programmes-cadres émanant de la Commission, mais la même logique s'y retrouve constamment.

Les principales caractéristiques suivantes se dégagent de l'examen de ces divers contrats.

---

14 Ibid, p. 15.

15 CSST, Contrat type, Juillet 1981, 42 pp.

16 Contrat spécifique entre la CSST et le Centre hospitalier X, 37 pp.

17 Contrat de services entre l'hôpital X et le CLSC Y, 17 pp.

La Commission détermine les normes relatives à l'organisation des services de santé au travail de l'établissement; elle définit les priorités, c'est-à-dire les établissements où les programmes de santé doivent d'être élaborés; elle détermine les facteurs d'allocation des ressources humaines, matérielles et financières, c'est-à-dire le type d'intervenants (infirmières, hygiénistes, secrétaires, médecins,...), le ratio par catégories de personnel selon le nombre d'établissements et de travailleurs (par ex.: une infirmière par 5 000 travailleurs dans l'équipe rattachée au CLSC); elle détermine les échéanciers en se réservant le droit de suspendre les versements financiers; elle établit des règles budgéraires très strictes qui interdisent les transferts entre enveloppes budgétaires et entre catégories de dépenses sans l'autorisation écrite de la Commission; elle exige des rapports d'activités trimestriels et annuels et une comptabilité séparées, ce qui implique qu'un établissement doit distinguer de façon très stricte les dépenses de papeterie, de locaux, de services de laboratoire, de mobilier... qui doivent être imputés à la CSST; les contrats sont d'une durée d'une année, ce qui accentue la contrainte de l'échéancier.

Le CH-DSC, quant à la loi, applique les normes déterminées par la Commission relativement à l'organisation des services de santé dans les établissements, assume la responsabilité de coordonner la mise en application des progammes de santé aux établissements situées sur son territoire, et s'assure du développement et de la coordination des ressources nécessaires.

A son tour, le CH-DSC fait connaître au C.L.S.C. les programmes de santé qui doivent s'appliquer et les normes de la Commission, et assume les coûts relatifs à l'exercice des responsabilités du CLSC. Celui-ci réalise les activités, applique les normes, fournit le personnel et les professionnels de la santé, autres que les médecins responsables, collabore avec le médecin responsable d'un établissement lequel relève professionnellement et administrativement du CH-DSC.

Ce réseau de relations qui va de la loi au contrat type, au contrat spécifique et enfin au contrat de services exprime bien la forme institutionnelle des rapports de travail à laquelle le compromis social a donné lieu. Du point de vue des C.L.S.C., il est aisé de constater une absence presque totale d'autonomie sur quelqu'élément que ce soit du programme. Aucune initiative n'est permise: le nombre et les catégories de personnel sont déterminés, le contenu du programme de santé est codifié, les lieux d'intervention sont prévus, de même que les échéanciers; le responsable de l'équipe est rattaché au DSC par la Loi elle-même, et l'équipe du CLSC doit donc collaborer avec un responsable qui relève d'une autre institution du réseau. En principe, la direction du CLSC (direction générale, conseil d'administration, comité de coordination ou de régie) ne peut même pas coordonner les activités d'une équipe de travail qu'elle engage: elle tient lieu de logement, fait respecter les règles et surtout les échéanciers du contrat, établit de multiples rapports d'activités et financiers.

En somme, la relation de sous-traitance reproduit en l'approfondissant la séparation entre direction et exécution, ou conception et réalisation que consacrent les conventions collectives. Les droits de gérance, si l'on peut dire, sont tout entiers concentrés à la CSST. Le C.L.S.C. lui-même est défini comme un exécutant puisque c'est le DSC qui joue le rôle, pour ainsi dire, de courroie de transmission, d'établissement du budget, bref de contremaître.

Et comme la tâche consiste à élaborer des programmes de santé, la CSST s'étant réservée l'objectif d'améliorer la santé des travailleurs, le contrôle exercé sur le C.L.S.C. est purement réglementaire et quantitatif. L'évaluation du C.L.S.C. repose sur le nombre de programmes élaborés, le nombre de tests de dépistage et d'analyses environnementales, le respect des temps prévus au contrat, "abstraction faite" des conditions "concrètes" de réalisation. Le respect des règles ne peut donc que primer sur les objectifs généraux définis par la Loi, car la division du travail stricte entre conception et exécution confine les sous-traitants à se conformer à des spécifications précises prévues au contrat.

Cette configuration des relations attribue au DSC un rôle d'intermédiaire, car fondamentalement la direction du programme est sous l'entière responsabilité de la CSST comme l'indiquent les termes du contrat. Sans abuser des comparaisons avec l'entreprise industrielle, il est bien connu que ce rôle est difficile: "middle-man", dit-on dans l'entreprise. Sa position repose sur l'expertise particulière qui peut être développée à ce niveau: coordination, animation, négociation, connaissances techniques, etc. Cette situation entraînera des conflits avec les C.L.S.C., mais la césure principale réside bien entre la CSST et les DSC-CLSC et non entre les DSC et les CLSC; et l'on verra plus loin la convergence de leurs revendications pointées sur la CSST.

2. Les relations avec les clients responsables: le rapport de consommation

Le régime québécois de santé et de sécurité au travail doit maintenant être analysé non plus du point de vue des relations entre les divers intervenants à l'intérieur de l'agence de production de services, mais du point de vue relations entre cette agence et ses clients ou usagers. Evidemment, les relations de production ou de pouvoir et les relations de consommation ne peuvent être radicalement dissociées. En particulier dans les organisations concrètes, comme on le verra plus loin, ces deux relations convergent pour structurer les pratiques d'intervention et les relations entre les agents sur le terrain. Mais l'analyse permet de repérer la forme particulière que prennent les rapports de consommation et ainsi d'approcher de la question de la flexibilité en regard cette fois de ce que l'on a appelé la demande sociale ou les besoins des utilisateurs.

Plus spécifiquement, cet angle d'approche permet de poser les questions suivantes: dans quelle mesure la CSST impose-t-elle son propre modèle de consommation des services de santé et de sécurité aux travailleurs? Est-ce que l'ensemble de la programmation est suffisamment flexible pour s'adapter aux besoins des populations desservies? Permet-elle l'emprise de la demande sociale exprimée par les usagers-participants sur les services offerts par la CSST? Y a-t-il adéquation entre services offerts et demande des populations? Autant de façons de formuler la nature de ces rapports ou relations de consommation.

Les termes du débat sont bien connus et ont été d'ailleurs réfléchis dans le Livre blanc et dans la loi sur la santé et la sécurité du travail. Il s'agit des couples curatif versus préventif, et dépendance versus participation (ou responsabilisation comme l'exige le vocabulaire moderne). Une des grandes innovations du nouveau régime a été, on l'a vu, d'opter pour la prévention plutôt que la guérison, la réadaptation ou l'indemnisation. Mais la prévention n'implique pas nécessairement l'autonomie, la participation ou la responsabilisation; elle peut être définie centralement et être imposée soit par des méthodes de surveillance et de contrôle soit par l'inculcation d'une morale qui vise à produire des comportements considérés comme sains; dans l'un et l'autre cas la prévention est constituée de normes "rationnelles" établies par les professionnels et les dirigeants en vue précisément d'une normalisation de comportement, qui autrement seraient reconnus comme déviants. En somme, la prévention si elle fonctionne comme règles juridiques ou morale sanitaire peut instaurer ou maintenir un rapport de dépendance individuelle à l'égard des services de santé et de sécurité.

C'est pourquoi à l'accent mis sur la prévention la loi a inscrit dans ses objectifs la participation des travailleurs et des employeurs aux mesures préventives. Ce ne sont donc pas les fonctionnaires et les médecins qui vont déterminer les orientations du régime mais les travailleurs et les employeurs.

> "Après avoir affirmer que "la responsabilité de la santé et de la sécurité des travailleurs n'est pas d'abord celle des professionnels de la santé et de la sécurité", le gouvernement précise qu'il veut" créer un ensemble de conditions qui feront que le monde du travail sera en mesure d'assumer lui-même la responsabilité première des mesures de santé et de sécurité"[18]

Ainsi la loi reliait étroitement prévention et participation collective, conformément d'ailleurs à la politique générale du réseau public de santé.

---

18 Gouvernement du Québec, Santé et sécurité au travail, Op. cit., p. 194, cité par Kenneth GEORGE, Entre patrons, entre syndicats, Op. cit., p. 40.

Les mécanismes institutionnels mis en place sont prévus par la loi.

. Le paritarisme et les intérêts communs

Une des particularités fondamentales du régime québécois de santé et de sécurité au travail consiste en une participation paritaire des premiers intéressés, les travailleurs et les employeurs. Selon la Commission, la parité, c'est-à-dire l'égalité des voix dans les prises de décision et l'application de la Loi à tous les niveaux, favorise la concentration des parties selon un processus démocratique et engage la responsabilité des intéressés.[19]

Au niveau central, cette participation s'exerce au conseil d'administration formé de représentants des syndicats et du patronat, en nombre égal, et du président-directeur général qui y joue un rôle de médiateur et d'administrateur. Au niveau intermédiaire, les partenaires du travail forment des associations sectorielles, paritaires également. Elles ont pour mandat de former, d'informer et de guider le travail de prévention dans tous les secteurs de l'activité économique dont leurs membres sont issus. Sur les lieux mêmes du travail, travailleurs et employeurs collaborent au sein de comités paritaires de santé et de sécurité pour établir des programmes de prévention dans leurs établissements de travail et en surveiller l'application. Les travailleurs et les employeurs disposent ainsi des moyens de prévention, de dépistage précoce et de la protection pour éliminer à la source les risques et les dangers du travail.[20]

Ce comité de santé et de sécurité exerce un pouvoir de décision quant aux programmes de formation et d'information, aux moyens et à l'équipement de protection individuelle, au choix du médecin responsable des services de santé de l'établissement et au programme de santé élaboré par ce médecin. Il détient un pouvoir de réglementation quant aux autres éléments du programme de prévention.[21]

19 CSST, Rapport annuel 1980, Op. cit., p. 11.
20 CSST, Ibid, p. 11.
21 CSST, Ibid, p. 15.

. La reconnaissance des droits de gérance

Sur le plan formel, sans entrer tout de suite dans le fonctionnement concret de ce mécanisme, il se dégage déjà que sous le couvert de la participation paritaire se révèle une véritable reconnaissance des droits de gérance des employeurs. En effet, la prévention comme telle, c'est-à-dire l'identification des risques selon les divers postes de travail et l'adaptation aux normes minimales promulguées par la Commisson relèvent exclusivement de l'employeur; le comité de santé et de sécurité n'a aucune emprise sur la conformité aux normes, et les associations sectorielles paritaires n'ont le mandat que d'informer et de guider le travail de prévention. Le comité peut toujours recourir au service de l'inspection de la Commission, mais le comité est alors "handicapé" par son propre paritarisme; ultimement, le respect de la prévention repose sur les plaintes individuelles des travailleurs eux-mêmes.

De plus, le comité doit approuver le programme de santé spécifique à son établissement (PSSE). Or les programmes de santé spécifiques sont élaborés selon des guides et des programmes-cadres déterminés par la CSST, et les échéanciers sont prévus à l'avance dans les contrats. Ces contraintes permettent évidemment une certaine spécificité en termes de risques spécifiques à l'établissement mais non la spécificité selon les problèmes et les priorités du comité, ou selon une dynamique particulière d'intervention qui s'établirait entre le comité et l'équipe de santé au travail.

Enfin, l'ensemble du programme de prévention (registre des postes de travail et risques correspondants, adaptation aux normes, surveillance et entretien, programme de santé, moyens et équipements de protection individuelle) est soumis par l'employeur à la CSST avec les recommandations du comité paritaire. La seule véritable décision du comité concerne le choix des moyens et équipements de protection individuelle que doit fournir l'employeur.[22]

---

22 Cette interprétation est confirmée par la CSST elle-même. Voir: CSST, Le programme de présention en cinq étapes, Guide, Série 8, 1985.

. **L'équipe en santé au travail:**

une fonction de surveillance

Cette division stricte entre les diverses responsabilités réduit en fait l'intervention de l'équipe en santé à une fonction de surveillance et non de prévention. Le programme de santé comprend: une étude environnementale qui permet d'identifier les facteurs de risques, les niveaux critiques d'expositions, les populations-cibles, etc.; les examens de dépistage selon les populations-cibles; les services de permiers soins; un programme de formation et d'information est aussi suggéré par l'équipe au comité de santé et de sécurité et réalisé par l'équipe de travail.

L'équipe prépare et donne les sessions de formation sur les différents risques, forme les secouristes pour les premiers soins, surveille la santé des travailleurs. Mais si l'équipe a constaté des risques, elle n'a aucun pouvoir pour imposer la prévention à la source, qui relève de l'employeur. De même si elle constate des problèmes de santé liés à des niveaux élevés d'exposition à certains contaminants ou agresseurs, elle ne peut que suggérer une réaffectation de tâches qui entraînera l'exposition d'un autre travailleur et la surveillance de l'évolution de son état de santé.

Comme le disait un intervenant: "on a un bon portrait médical de notre population, mais ce n'est pas en faisant des examens de santé qu'on fait de la prévention. Si quelqu'un est malade et qu'il doit continuer de travailler, on n'y peut rien. On le pique aux trois mois et on lui dit que son état de santé se détériore. Il manque quelque chose pour compléter la boucle".

Cette brève analyse des mécanismes institutionnels révèle bien encore une fois que les compromis dans les sociétés capitalistes avancées doivent être entendus comme des compromis entre "forces inégales". En effet, le nouveau régime québécois de santé et de sécurité au travail est le résultat du blocage des relations de travail, c'est-à-dire de l'incapacité du système de négociation collective de gérer les revendications en matière de santé et de sécurité. Celles-ci sont donc transformées, par l'intermédiation de

l'Etat, en enjeu collectif et non plus conflictuel par l'établissement d'une responsabilité paritaire des employeurs et des travailleurs. Cependant, dans la répartition des responsabilités, le régime reconnaît à nouveau le caractère conflictuel de l'enjeu puisque les responsabilités de prévention et d'élimination des dangers à la source relèvent exclusivement des employeurs. Le régime produit donc en même temps un effet de méconnaissance et de reconnaissance du caractère conflictuel de la santé et de la sécurité dans les entreprises.

Par la même occasion, après avoir insisté sur le caractère préventif du régime, les mécanismes institutionnels introduisent une séparation entre la prévention qui relève de l'employeur, et la simple surveillance médicale qui est dévolue en comité paritaire et à l'équipe chargée d'élaborer et d'appliquer les programmes de santé. La responsabilité collective, symbolisée par le comité paritaire, ne pourra se substituer à la normalisation par l'inspection.

Conclusion

Les formes institutionnelles qui viennent d'être décrites constituent le cadre général qui modèle les comportements et les pratiques des divers agents sociaux. Pour les besoins de l'analyse, deux ensembles de relations ont été distingués.Dans les rapports de travail, il a été montré que ce qui organise les relations entre les agents, c'est la relation de sous-traitance entre la CSST d'une part, et les DSC-CLSC d'autre part. Ce type de relation, en raison de l'absence d'unité organisationnelle, repose largement sur la spécification et le respect des règles du contrat: toute mésentente risque d'exercer une pression sur l'élaboration de nouvelles règles, puisque le "donneur de mandat" ne peut faire appel à l'intérêt général ou à des valeurs communes. Quant aux relations autre la CSST les usagers-participants, l'aspect déterminant est le paritarisme et la responsabilité collective, reconnaissant toutefois le caracatère conflictuel de la santé et de la sécurité puisque le cadre général réintroduit la séparation entre prévention-sécurité d'une part et surveillance de la santé d'autre part.

Ce moule social doit subir l'épreuve de la pratique, des comportements réels. Car même encadrées, les forces sociales n'en continuent pas moins d'entrer en conflit et peut-être d'exercer des pressions sur les règles du jeu établies. De plus, la dynamique elle-même de l'intervention ou l'insatisfaction de certains groupes sociaux peuvent entraîner l'émergence de comportements pas tout-à-fait conformes à ceux prévus par le cadre général ou la forme institutionnelle. Les tensions, les conflits ou les déviances peuvent être contenus par le renforcement des règles du jeu ou au contraire par le renouvellement de ces règles. C'est au repérage des zones de conflit et des agents sociaux impliqués que la section suivante est consacrée.

3. La dynamique de l'intervention en santé au travail

Le C.L.S.C. et plus particulièrement l'équipe en santé au travail sont ici placés au centre du réseau de relations. Le fonctionnement concret du programme, incluant les relations entre les divers agents et avec les utilisateurs, permettra d'identifier les blocages, conflits ou insatisfactions.

. L'équipe et les Comités de Santé et de Sécurité (CSS)

Les CSS ont un rôle capital dont l'économie générale du régime de santé et de sécurité au travail. C'est vers eux que convergent les activités des associations sectorielles d'un côté, celles des équipes en santé au travail de l'autre. Par rapport aux équipes, il leur revient de choisir le médecin responsable d'élaborer les programmes de santé et d'approuver ces programmes qui contiennent, outre les études environnementales et médicales, des rencontres d'information sur les principaux agresseurs retenus comme prioritaires.

Cependant, la situation des C.S.S. est extrêmement variable et des différences considérables apparaissent selon la taille de l'entreprise et l'existence d'un syndicat. La loi prévoit la création d'un C.S.S. dans les établissements de plus de vingt travailleurs à la demande de l'employeur ou du syndicat, ou en l'absence de syndicat, si 10 % des travailleurs appuient une demande en ce sens.

23 C.S.S.T., Rapport annuel 1985, 1986, p. 31.

Officiellement, selon les dernières données de la CSST., le pourcentage d'entreprises de 20 travailleurs et plus du groupe I où existe un C.S.S. est de 25 %, et de 42 % pour le groupe II, au 31 décembre 1985, soit plus d'un an après l'entrée en vigueur du règlement à cet effet (septembre 1983).[23] Par ailleurs, selon la même source, les programmes de santé étaient réalisés dans 51 % des établissements du groupe I et dans 63 % des établissements du groupe II. La réalisation des programmes de santé spécifiques (PSSE) était donc en avance sur la création des C.S.S. et, pourrait-on dire, sur les activités des associations sectorielles dont le mandat est précisément de permettre aux employeurs et aux travailleurs de prendre en charge la santé et la sécurité des travailleurs dans leurs secteurs respectifs.

Par ailleurs, selon un récent sondage, "il existe un comité de santé et de sécurité dans 22 % des entreprises syndiquées et dans 3 % des entreprises non-syndiquées".[24]

Ces données n'ont d'intérêt que parce qu'elles révèlent la situation concrète à laquelle sont confrontées les équipes en santé au travail. Celles-ci doivent élaborer des programmes pour tous les établissements prioritaires de leurs territoires respectifs, peu importent le nombre de travailleurs et l'existence d'un C.S.S. Et selon les bilans établis par des intervenants, la majorité des établissements n'avaient toujours pas de C.S.S. au moment de leurs interventions.[25]

---

23 C.S.S.T., Rapport annuel 1985, 1986, p. 31.

24 SORECOM Inc., Etude auprès des clientèles de la C.S.S.T., volume 2, Février 1987, Il serait intéressant de pouvoir convertir ces données sur l'ensemble des entreprises. S'il était permis de risquer une approximation, il faudrait tenir le raisonnement suivant: étant donné qu'environ 80 % des travailleurs d'entreprises ne sont pas syndiqués et que les syndicats existent surtout dans les grandes entreprises, il y aurait plus ou moins 90 % des entreprises où il n'y a pas de syndicat. Si l'échantillonnage de Sorécom Inc. est représentatif, il n'y aurait donc que 3 % parmi ces 90 % qui auraient un comité de santé et de sécurité, et 22 % parmi les 10 % d'entreprises syndiquées: ce qui ferait environ 5 C.S.S. par tranche de 100 entreprises!

25 MAS, Etat de situation sur l'élaboration des programmes de santé spécifiques aux établissements des groupes I et II, Février 1985; Table inter-CLSC, Changements positifs observés dans des établissements des groupes I et II après trois ans d'intervention des équipes de santé au travail de CLSC, Région de Montréal, Février 1987.

Plus concrètement encore, dans un des C.L.S.C. de notre échantillon, aucun CSS n'était formé au moment où l'équipe a fait ses premiers contacts avec l'établissement, et 3 CSS seulement se réunissent maintenant en dehors des visites de l'équipe. Dans un autre C.L.S.C., sur 88 établissements il existe 2 comités seulement qui, toujours de l'avis des intervenants, semblent bien fonctionner. La plupart du temps, ces entreprises sont syndiquées, le nombre de travailleurs y est élevé, et certaines avaient déjà leur programme de prévention et leur programme de santé.

S'il est hasardeux de s'appuyer sur les statistiques officielles en raison de la distance entre les comités formés pour satisfaire aux exigences de la loi et les comités fonctionnels, l'expérience des intervenants montre bien cependant qu'ils doivent le plus souvent former leurs propres interlocuteurs dans l'entreprise, en favorisant la présence conjointe de représentants des travailleurs et des employeurs, au moins dans les entreprises où il y a plus de deux ou trois travailleurs. Les équipes jouent donc un rôle de substitut à d'autres intervenants (syndicat, associations sectorielles) dans la plupart des entreprises.

Plus généralement, la loi semble avoir été faite pour les entreprises où il existe un syndicat et un comité de santé et de sécurité alors qu'il n'en existe pas dans la grande majorité des entreprises. Cette situation entraîne une variabilité des stratégies d'intervention des équipes. La plus fréquente consiste à vaincre les résistances des employeurs; une autre, beaucoup plus délicate, à se situer dans un conflit entre les parties.

. **Vaincre les résistances des employeurs**

Il va de soi que pour la grande majorité des employeurs, les risques d'accident constituent souvent la seule préoccupation en matière de santé et de sécurité au travail; la pierre angulaire de l'ancien régime était en effet la Commission des Accidents de Travail, de sorte que la prévention et

la santé sont des préoccupations récentes qui sont loin d'être généralisées à l'ensemble des employeurs. D'autant plus que la prévention et les maladies professionnelles relèvent du long terme: pour beaucoup d'entreprises, le long terme n'existe pas, soit à cause de la précarité de l'entreprise, soit en raison d'un roulement élevé de personnel.

Le programme de santé complète le programme de prévention[26] que l'employeur doit élaborer et faire parvenir à la Commission si l'établissement a plus de 21 travailleurs. La CSST rapporte que les programmes de prévention de ces établissements lui ont été transmis dans une proportion de 72 % et de 80 %[27] pour les groupes prioritaires I et II respectivement. Quant au sondage Sorecom, il révèle que 34 %[28] des entreprises ont un programme de prévention. Il est vrai que l'échantillon de Sorécom ne correspond pas à la population de la CSST, mais l'écart est considérable.

Selon les récits des intervenants, les programmes de prévention, lorsqu'ils existent, sont le plus souvent des stéréotypes qui ne permettent pas de caractériser suffisamment bien le milieu de travail[29]: les employeurs

---

26 En plus du programme de santé, le programme de prévention doit contenir un registre des postes et l'évaluation des risques correspondants, l'adaptation aux normes, pour éliminer les dangers, la surveillance et l'entretien du milieu de travail, les moyens et équipements de protection individuels (MEPI), ainsi qu'un programme de formation et d'information adapté aux caractéristiques du milieu de travail. Les activités de formation et d'information sont la responsabilité du comité paritaire, mais il revient au médecin responsable d'élaborer le programme de santé de prévoir et d'élaborer un programme de formation et d'information.

27 CSST, Rapport annuel 1985, 1986, p. 31.

28 SORECOM Inc., Op. cit., volume 2, p. 17.

29 La même constatation apparaît dans les bilans d'intervenants; MAS, Etat de situation..., op. cit.; et Table Inter-CLSC, Changements positifs... op. cit.

s'étaient conformés à une exigence bureaucratique après avoir reçu des avis de dérogation de la part des inspecteurs de la CSST. Plus encore, environ la moitié des établissements ne coopéraient pas avec les équipes de santé au travail et plusieurs manifestaient même de l'hostilité.[30] Enfin, la presque totalité des employeurs ignoraient l'exigence d'un programme de santé et de son lien avec le programme de prévention.

Les tâches de l'équipe en santé étaient donc au début assez délicates et exigeantes: vaincre l'hostilité et les résistances, et convaincre de la nécessité sinon du bien-fondé de leur intervention. Voici comment un intervenant racontait les difficultés de pénétrer dans les milieux de travail:

> "Dans notre démarche, on contacte d'abord l'entreprise par téléphone: on prend des informations à savoir s'il existe un comité de santé-sécurité, combien d'employés il y a, etc. Puis on leur envoie un "kit" d'informations concernant la santé-sécurité au travail. Ces gens-là, pour la plupart, ne savaient même pas que la loi existait. On ne pouvait pas arriver là sans les informer: le propriétaire ou les dirigeants nous disaient: qu'est-ce-que c'est, encore le gouvernement qui vient se mettre le nez dans nos affaires, vous êtes des fonctionnaires... D'où il faut les informer d'avance: on ne pouvait donc pas faire des programmes de santé dès le début.
>
> Dans le "kit" d'informations, on leur explique ce qu'est un CLSC, comment est constituée l'équipe, le contrat avec le DSC, notre mandat, la loi, quelle est notre démarche, etc., et qu'on va aller les visiter dans quelques semaines.

---

30 Selon le sondage Sorécom, 57 % des coordonnateurs de DSC estimaient que la collaboration avec les employeurs était bonne, et 90 % avec les travailleurs.

Souvent, avec les contacts téléphoniques, on se fait raccrocher la ligne au nez; ils ne comprennent pas pourquoi on arrive dans le décor subitement. La première visite a lieu, la plupart du temps par le médecin et l'infirmière, ou le médecin et le technicien. Lors de cette première visite, on intervient de façon paritaire, on demande toujours qu'il y ait un représentant de l'employeur et un représentant des travailleurs...

Dans le "kit", on leur demandait des informations nécessaires pour faire le programme de santé: les produits utilisés, le procédé de fabrication... Ils étaient supposés avoir rempli les registres de postes, décrit les postes, les activités... Souvent ce n'est pas fait, ils n'ont même pas lu le "kit". Il faut tout leur expliquer; le CLSC, le DSC, la loi qui dit: vous êtes censés avoir fait un programme de prévention et dans ce programme de prévention, il y a un programme de santé... On les informe beaucoup. On fait une première visite de l'établissement: identification sommaire des risques: bruit, solvant, etc.

Ensuite on les informe qu'on va revenir consulter tous les travailleurs avec un questionnaire pour connaître leur perception des risques dans le milieu... Même si c'est prévu dans le loi, il faut souvent négocier avec l'employeur pour avoir ce temps...

Au début, il fallait sortir la Loi pour leur dire leurs obligations. On aurait pu entrer de force avec un inspecteur de la CSST, mais comment intervenir après? On a commencé avec celles qui voulaient; les autres on leur envoyait des lettres leur expliquant la Loi. Elles ont fini par accepter toutes... "

Cette longue citation exprime combien la dynamique réelle de l'intervention de l'équipe est beaucoup plus exigeante que ne le prévoit la CSST. Elle exige entre autres la fabrication d'outils d'informations, des stratégies diverses d'intervention selon l'attitude de l'employeur, la présence ou l'absence d'un comité et d'une organisation syndicale, l'expérience du milieu en santé au travail... Cette réalité sera opposée, par tous les intervenants tant des DSC que des CLSC, à l'approche administrative de la CSST, en particulier quant aux échéanciers et à l'allocation des personnels.

En effet, il y a une étroite convergence dans l'identification des "irritants" de ce programme par les DSC et les CLSC en regard de cette complexité de la dynamique de l'intervention. Le comité provincial en santé au travail des DSC relève comme priorités de problèmes les échéanciers d'une part, et le nombre et le choix des ressources humaines d'autre part. Pour les DSC, les échéanciers sont irréalistes, comme si la CSST était "disconnectée" de la réalité, et entraînent de leur part de mettre l'accent sur la production de papier plutôt que sur les objectifs; d'autant plus que les CLSC et les équipes de base des DCS ne possèdent aucune ressource spécialisée ni d'accès à un support d'expertise, alors qu'ils ont l'obligation légale d'informer adéquatement les travailleurs.[31]

Quant aux intervenants des CLSC, les commentaires suivants sont assez représentatifs.

> "Il faut arriver avec tous nos programmes de santé à tel mois, quelque soit ce qui s'est passé dans l'entreprise."

> "Dans l'équipe, il n'y a pas d'animateur, alors qu'au début ce n'est pas le technicien nécessairement qui est le plus habile pour l'information... Mais on n'a pas de pouvoir là-dessus. Je ne peux pas engager un animateur pour trois ou quatre mois et puis ensuite engager un technicien en hygiène industrielle."

Il serait à peine exagéré de conclure que, étant données les situations concrètes dans lesquelles les équipes ont dû travailler (résistance des employeurs, absence de comité de santé et de sécurité, absence d'information même sur la loi et ses exigences), l'élaboration des programmes de santé a été menée à terme malgré les contraintes très strictes de la CSST et grâce à une très forte implication des divers intervenants en santé au travail. Comme le disait un intervenant:

---

31 AHQ - DSC, Recommandations proposées par le comité de planification des dossiers techniques concernant le contrat CH-DSC-CSST en santé au travail, Division Santé communautaire, août 1986.

"Si tu t'en tiens à ton rôle tel que défini dans la loi et les règlements, tu ne fais que de la paperasse. Là il faut faire du "marketing", de l'animation. Les employeurs ne voulaient pas nous voir. Il faut vendre son produit."

. De la méfiance à l'enjeu conflictuel

La méfiance des employeurs vis-à-vis les "fonctionnaires" de la santé correspond souvent à une attitude répandue dans l'ensemble des milieux de travail. Les employeurs, préoccupés surtout de rendement et de productivité, sont sensibles aux accidents de travail en raison des indemnisations et des cotisations. Cependant, il n'est pas rare d'entendre que "l'usine, ce n'est pas un salon", comme si l'accident dans les milieux de travail avait acquis un statut de normalité. Les "intellectuels-fonctionnaires-en-blouse-blanche" peuvent bien passer pour des "coeurs fragiles" lorsqu'ils prennent connaissance de la réalité de l'entreprise. La distance est grande entre les poussières de craie du tableau noir et celles de l'amiante!

Les travailleurs eux-mêmes ne sont pas totalement acquis à la prévention et à la nécessité d'éliminer les risques à la source. Dans le sondage Sorécom, plus de 25 % attribuent la responsabilité en matière de prévention aux travailleurs eux-mêmes.[32] Certains syndicats auraient aussi une attitude ambigüe entre la protection individuelle et les mesures préventives collectives.[33]

---

32 SORECOM Inc., op. cit., volume 2, p. 3.

33 Denis HARRISON, L'organisation du travail et la sécurité: les limites organisationnelles d'une gestion ouvrière des risques occupationnels. Analyse de cas dans des entreprises québécoises, thèse de doctorat, Université de Montréal, 1986, 628 pp.

Cependant, il faut surtout constater que peu nombreux sont les employeurs qui se sont prévalus de la loi en demandant eux-mêmes la création d'un comité de santé et de sécurité au travail. Il a été relevé plus haut qu'un C.S.S. n'existe que dans 3 % des entreprises non syndiquées, même si 50 % d'entre elles déclarent qu'elles y sont favorables, et en particulier parce que le paritarisme améliore le climat de travail.[34] Il existe donc une forte résistance de la part des employeurs, sans doute jaloux des prérogatives que leur accordent les droits de gérance. Tout le caractère incitatif du régime fondé par ailleurs sur l'obligation de concevoir un programme de prévention puis sur la volonté de l'une des parties de former un comité de santé et de sécurité ne semble pas avoir produit tous les effets escomptés. Dans plusieurs établissements, il arrive même que les comités sont carrément dissous ou encore non fonctionnels: devant le peu d'intérêt des employeurs de mettre en oeuvre quelque recommandation que ce soit, les travailleurs s'en retirent; ailleurs la crainte de représailles si les revendications en cette matière deviennent trop fortes produit le même effet. Bref, globalement, on peut affirmer que la présence d'un syndicat sensible à la santé et à la sécurité au travail est une condition essentielle au fonctionnement du régime tel qu'il a été prévu.

Toutefois cette condition n'est pas suffisante car le fonctionnement du régime et en particulier des C.S.S. est directement relié à l'état plus général des relations de travail dans l'entreprise. Il existe évidemment des situations où les syndicats et les employeurs collaborent au sein des comités paritaires, ce qui donne lieu à de réelles mesures de prévention et à la mise en oeuvre de programmes conjoints de santé et de sécurité. Mais les situations conflictuelles sont fréquentes, et alors le comité paritaire ressemble plutôt à une table de négociation permanente avec ses blocages et ses paralysies. Denis Harrison relève le cas d'une entreprise où un comité paritaire existe depuis longtemps (1970) et où plusieurs articles de la loi sur la santé et la sécurité au travail ont été insérés dans la convention collective; mais le comité n'y est pas fonctionnel, et chacune des parties refuse de s'engager dans des sessions conjointes de formation de crainte que l'autre ne les utilise au profit de sa propre stratégie et à l'encontre des objectifs du programme[35]

---

34 SORECOM Inc., op. cit., volume 2, pp. 28 et 32.

35 Denis HARRISON, op. cit.

Des intervenants, avec une certaine naïveté, relèvent que la philosophie du comité de santé et de sécurité consiste à s'occuper ensemble de prévention, mais que le syndicat et l'employeur ne sortent pas de leur rôle traditionnel de sorte que le paritaire n'existe pas en pratique...

Dans un établissement, le programme de santé présenté en 1985 n'est toujours pas accepté par le comité de santé et de sécurité parce que l'employeur refuse d'y voir une considération pour le programme de prévention, une suggestion donc car l'équipe avait identifié un risque important, sous prétexte que la prévention n'est pas de la juridiction de l'équipe ni du comité. Ailleurs un syndicat a demandé une session de formation sur les contraintes thermiques pour les travailleurs seulement, même si cet agresseur n'avait pas été retenu parmi les priorités dans le programme de santé; l'employeur s'y est opposé parce que les sessions de formation doivent être données aux deux parties; le syndicat refusait la présence de l'employeur et l'équipe s'est appuyée sur le mandat général du CLSC en santé communautaire pour réaliser cette session de formation. Dans un autre établissement, le syndicat fait appel à l'équipe pour jouer le rôle d'intermédiaire dans une négociation...

A l'égard de la formation en particulier, on peut estimer que le rôle des équipes variera selon l'importance et l'implication des syndicats. Plusieurs d'entre eux investissent considérablement dans la formation de représentants dans les entreprises et dans la mise au point de matériel didactique adapté aux travailleurs, et revendiquent l'exclusivité de la formation de leurs membres en matière de santé et de sécurité, ce qui n'exclut pas cependant que les travailleurs membres des comités puissent faire appel aux équipes en santé au travail.

Le propos ici n'est pas d'analyser les relations entre les équipes, les comités, les employeurs et les syndicats, mais simplement de relever la diversité des situations concrètes devant lesquelles les équipes se trouvent placées; de l'hostilité d'employeurs qu'il faut informer de l'existence de la loi sur la santé et la sécurité du travail, au défaitisme de travailleurs devant l'inaction des employeurs, à la présence d'un syndicat fort, impliqué et revendiquant la responsabilité de la formation de ses membres, en passant par la conviction encore largement répandue que la santé et la

sécurité sont une responsabilité individuelle. Les stratégies d'intervention doivent alors nécessairement varier, de même que les échéanciers, les exigences en matériel d'informations, et les expertises en ressources humaines.

. C.L.S.C. et C.S.S.T.: irritants et quasi-tutelle

Dans le milieu des C.L.S.C., la culture organisationnelle[36] est très forte, au niveau du discours évidemment, mais aussi au niveau des pratiques professionnelles, des modalités de fonctionnement, des modes de prises de décision, des relations avec les usagers... A ce niveau, la critique des relations avec la CSST est intarissable et porte sur deux piliers des CLSC: l'approche et la complémentarité.

L'approche communautaire centrée sur la sensibilisation et la prise en charge est opposée à la production de programmes de santé commandés par des lois et des règlements; le modèle habituel est renversé, la contrainte légale s'est substituée à la motivation collective. "On a fait nos programmes, mais on a sensibilisé personne", disent les intervenants. Et puis le mandat est si étroit que la complémentarité avec les autres programmes tels la santé maternelle ou la nutrition est pratiquement impossible. Il est vrai que la santé au travail introduit une distorsion dans la mission du CLSC fondée sur la population d'un territoire: à Centre-Sud, par exemple, il y a 7 000 résidents et 200 00 travailleurs. Mais pour ces raisons d'approche et de complémentarité, certains CLSC ont maintenu un service parallèle en santé au travail et d'autres font des expériences pour élargir les contacts avec les travailleurs ou former des comités d'usagers.

Au delà de ces différences d'approches, les tensions touchent tous les niveaux de l'organisation: la direction, la coordination et l'équipe.

36 R. POUPART et al., op. cit.

Les directions locales considérent les relations avec la CSST comme une "quasi-tutelle" tellement leurs pouvoirs sont réduits. Les priorités sont définies par la CSST indépendamment des réalités locales, de même que les modes d'intervention, les échéanciers, les personnels, etc. Un CLSC d'une région rurale ne peut intervenir en santé au travail parce que le secteur agricole ne fait pas partie des groupes prioritaires; un autre en milieu urbain où les travailleurs sont des employés de bureau a maintenu une équipe autonome, indépendante de la CSST, pour continuer ses interventions dans les domaines de la ventilation, de l'éclairage, des écrans cathodiques où elle avait développé une expertise. Selon un directeur général:

> "Le conseil d'administration et la direction générale sont complètement dépossédés... Les directeurs généraux ne sont pas habitués à se faire dire quoi faire, sauf par un conseil d'administration où siègent des individus de la communauté. Se faire donner des orientations par un autre instance, c'est un brassage de culture qui n'est pas facile à vivre."

N'ayant pratiquement pas de droit de regard sur l'ensemble du programme, il reste aux directions générales par ailleurs un ensemble imposant de tâches adaministratives: rapports d'activités, rapports financiers, etc. Ce qui fait dire à plusieurs que ce n'est pas un dossier intéressant, et même que ce programme ne devrait pas être "greffé" dans les CLSC.

> "Les contraintes, ça nous empêche d'être intelligent, ça ne fait pas confiance en notre rôle de gestionnaire."

Cette "quasi-tutelle" se manifeste directement au niveau de la coordination de l'équipe: en principe, celle-ci est coordonnée par un médecin responsable attaché à un département de santé communautaire d'un centre hospitalier. A la limite, c'est comme si l'équipe elle-même du C.L.S.C. était sous-traitante de la CSST par l'intermédiaire du DSC sans que le C.L.S.C. y ait quelque contrôle que ce soit. Lorsque les C.L.S.C. ont ajouté leur propre coordonnateur, les conflits se sont multipliés, les démissions du

coordonnateur ou du médecin ont été fréquentes, ce qui a entraîné un roulement de personnel, une difficulté de recrutement de médecins, et de longues périodes dans certains C.L.S.C. sans médecin responsable.

Cependant, sauf exceptions, les C.L.S.C. ont réussi à imposer en quelque sorte leur emprise sur les équipes en santé au travail. Comme le soulignait un directeur général:

> "Selon la CSST, le médecin a toute autorité. Sauf que dans un CLSC, le patron ce n'est pas le médecin, c'est le directeur général. Le médecin a de la difficulté à travailler en équipe, il a le plus souvent une attitude individualiste et de pouvoir sur les autres intervenants. Le contrat a été revisé à plusieurs reprises et le CLSC a obtenu que l'autorité sur l'équipe soit celle du coordonnateur du CLSC."

Cette clarification des responsabilités a été facilitée par le fait que les médecins dans ces équipes n'y travaillent qu'à temps partiel (une ou deux fois par semaine) et que souvent ces médecins partagent leur temps ou dans la clinique de santé du C.L.S.C. ou avec d'autres équipes en santé au travail. Les C.L.S.C. n'ont pas toujours obtenu des postes de coordination à même les budgets provenant de la CSST, mais ils ont cependant réussi à atténuer les facteurs de rejet sinon à assimiler complètement cette "greffe". La voie hiérarchique a été démédicalisée et, chacun reconnaît ses compétences propres à l'intérieur d'une équipe.

Pour les équipes elles-mêmes, les principales tensions relèvent des nombreuses rigidités dont il a souvent été fait mention: échéanciers extrêmement serrés, ratios de personnel (quarts et demi-postes) qui rendent difficiles le recrutement de personnel et la stabilité de l'équipe, absence de ressources complémentaires comme un agent d'information, ou un animateur, ne serait-ce que pour une courte période. Ces irritants sont réels, mais là aussi les C.L.S.C., avec leurs ressources propres, ont réussi à en atténuer certains effets en faisant appel à l'expertise du réseau ou des autres personnels.

Peut-être n'est-il pas exagéré de conclure encore ici en proposant qu'en grande partie le dynamisme de ce service en santé au travail provient du rattachement des équipes aux C.L.S.C. Ces derniers ont créé un climat favorable, non seulement par leur forte implication dans les objectifs généraux de prévention qui sont aussi ceux de la CSST, mais aussi en infléchissant les modalités initiales de fonctionnement des équipes.

. Les C.L.S.C. et les DSC: de la culture à l'expertise

Les différences et oppositions entre les CLSC et les DSC ont été maintes fois analysées: guerre de culture et guerre de pouvoir se sont cumulées depuis le début de la réforme du régime public de santé au Québec, et à propos de presque tous les programmes de santé publique: périnatalité, soins à domicile, santé scolaire... La "culture" du DSC est celle de l'hôpital, avec sa division du travail très marquée, sa voie hiérarchique bien différenciée dominée par le médecin, son approche parcellaire, biomédicale et "scientifique" des problèmes de santé. Au niveau des pouvoirs, sa tentative de maintenir des équipes en lien direct avec les clientèles ou tout au moins de conserver un pouvoir d'orientation sur celles transférées dans les CLSC, a soulevé la méfiance des C.L.S.C.; le DSC recherche un lieu d'expertise spécifique entre le service, la planification et les études épidémiologiques... Et c'est comme si la mise en place du programme en santé au travail avait suivi le même cheminement que les programmes plus anciens: il a été attribué d'abord aux DSC avant d'être décentralisé vers les CLSC.

Sans nier l'importance des différences de culture organisationnelle et la nécessité de clarifier les fonctions des deux instances, les caractéristiques dominantes des relations entre DSC et CLSC sont le déplacement de l'expertise vers les CLSC, la convergence de leurs critiques envers la CSST, et, par ailleurs, l'opposition de leurs stratégies de revendication. Il s'agit bien de tendance dominantes mais non uniformes. Car au DSC de Verdun, par exemple, l'expertise et le médecin responsable sont rattachés au DSC: les équipes sur le territoire sont très petites et les CLSC en voie de formation.

L'expertise en santé au travail s'est en effet déplacée vers les C.L.S.C. au fur et à mesure où le programme s'est développé. D'abord pendant la période de rôdage les équipes étaient davantage dépendantes des DSC qui transmettaient les données et informations nécessaires, devaient fournir la formation et les plans d'intervention, de même que les guides et procédures de travail. Les C.L.S.C. ont maintenant apprivoisé les routines et ont fabriqué, par eux-mêmes et avec l'ensemble du réseau par l'intermédiaire de la FCLSC, les instruments de travail adéquats.[37] De plus, les programmes de santé sont en fait presque entièrement réalisés par l'infirmière et le technicien en hygiène industrielle. Après un certain flottement, les rôles de chacun des membres de l'équipe se sont précisés et l'apprentissage sur le terrain a permis de développer rapidement leurs habiletés respectives. L'infirmière est plutôt responsable de la surveillance médicale alors que le technicien fait l'analyse environnementale; s'il n'y a pas de complications particulières qui exigent des examens proprement médicaux, le médecin parcourt le programme de santé, le signe et le présente aux comités de santé et de sécurité. Certains intervenants laissent même entendre que les connaissances de leur métier et plus spécifiquement des milieux de travail sont telles que le médecin pourrait ne pas faire partie de l'équipe et être plutôt appelé sur demande pour des références médicales ou pour satisfaire aux exigences de la loi! D'autres estiment à 20 % la part du médecin dans l'élaboration du programme de santé.

Peu importe le bien-fondé de ces évaluations, elles ne font que souligner l'autonomisation des équipes, leur indépendance sinon leur fierté... Elles remettent en question surtout la surveillance supplémentaire que doit exercer le DSC sur les programmes de santé. Ce déplacement de l'expertise sur le terrain permet de rendre compte des différences de stratégie de revendication par rapport à la CSST, malgré la convergence sur l'identification des principaux irritants: échéanciers et règles du jeu, nombre et choix des ressources humaines, mode de financement des salaires selon les médianes (ce qui intraîne des déficits

---

37 Le Comité provincial des 32 DSC a suppléé, de même que la FCLSC a fait circuler de nombreux exemples d'outils, guides, questionnaires provenant d'expériences de divers CLSC. Voir: FCSLS, Démarche-type d'implantation d'un programme de santé spécifique (Selon chapitre 63) en santé-sécurité au travail, Janvier 1984, 71 pp.

parce que les salaires réels sont le plus souvent plus élevés), budget "ligne par ligne" qui interdit les transferts, absence de budget d'encadrement, etc. Devant cette analyse, la stratégie des DSC se porte sur une demande de règles plus précises ou l'ajout de règles ou contrat initial[38] : la seule demande d'une plus grande marge de manoeuvre comporte l'autorisation de transfert entre les dépenses de fonctionnement et celles des salaires, et ce à certaines conditions.

Quant aux C.L.S.C., leurs revendications vont plutôt dans le sens d'une décentralisation des pouvoirs et d'une plus grande autonomie. Et ces revendications s'appuient sur une possible remise en question par des C.L.S.C. de certaines régions de leur participation à ce programme de santé au travail.[39] Les DSC ont plutôt tendance à faire préciser les règles alors que les C.L.S.C. réclament davantage un changement des règles du jeu. S'il est vrai que les affinités culturelles entre les DSC et la CSST s'accomodent de règles bureaucratiques, l'expertise et l'intervention sur les lieux de travail des CL.S.C. leur accordent une position stratégique dans la réalisation de l'ensemble du programme.

Nonobstant ces différences dans l'appréciation générale des relations avec la CSST, les convergences sur les recommandations de revision du contrat indiquent que la relation de sous-traitance est déterminante dans le réseau: C.L.S.C. et DSC s'unissent pour s'opposer à un contrat défini et revisé unilatéralement par la CSST, sans négociation ni concertation véritable entre les divers agents, comme si ces derniers étaient de purs exécutants: des "mercenaires" ou de "marionnettes" disent les intervenants.

---

38 AHQ-DSC, Recommandations proposées..., op. cit.

39 F.C.L.S.C., Programme santé et sécurité au travail, Document préparatoire à la rencontre du 6 décembre 1986; cette rencontre n'a en fait pas eu lieu.

. C.S.S.T. et priorités du milieu

Dans ses relations avec les divers agents responsables des programmes de santé, la CSST a non seulement conservé tous les pouvoirs de direction, elle a aussi entretenu une attitude autoritaire: en cours de contrat, des directives ont été émises concernant les échéanciers; des procédures d'évaluation des programmes de santé ont également été émises sans concertation malgré une demande en ce sens du comité provincial des CH-DSC; les règles de gestion budgétaire ont été modifiées sans concertation; la CSST n'a pas daigné discuter des problèmes concernant la nature et le nombre de postes requis.[40] Bref, elle impose un modèle de gestion centralisé et autoritaire sans impliquer ou susciter la participation des agents qui sont pourtant des professionnels de la santé.

Qu'en est-il de ses relations avec les utilisateurs, participants et responsables de la santé et de la sécurité des travailleurs? Dans la pratique concrète de l'intervention dans les entreprises, les demandes des utilisateurs sont-elles mieux accueillies, avec plus de considération? Ou plutôt, est-il possible que les demandes des milieux de travail soient véhiculées à la CSST ou qu'elles soient assumées par les divers intervenants? Il ne s'agit pas ici de considérer la prise en charge pour elle-même ou comme idéologie mais d'apprécier l'efficacité du régime, l'impact des interventions sur la santé des travailleurs. Après avoir retracé le bilan fait par les intervenants, on rappellera quelles demandes leur ont été formulées et comment ils les ont traitées.

Outre la résistance des employeurs et la faible proportion de comités de santé et de sécurité dont il a été question plus haut, la principale difficulté rencontrée par les intervenants provient de l'étroitesse de leur mandat qui, bien malgré eux, les transforme en "fonctionnaires". Les programmes de santé doivent être écrits de façon uniforme quelque soit la taille et les procédés de fabrication des entreprises. De sorte que dans certains établissements,

---

40 AHQ - DSC, Recommandations proposées... op. cit.

malgré l'évidence d'une absence de problèmes, ils doivent quand même compléter un programme selon le guide pré-établi, unique pour toutes les entreprises. Il n'existe pas de formulaire "abrégé" pour les entreprises de trois ou quatre travailleurs où dès le départ il est possible de constater qu'aucune surveillance médicale ou environnementale sera nécessaire parce qu'il n'y a pas de risques: la procédure est la même. De plus, beaucoup d'informations exigées dans le programme le seraient davantage pour le médecin, le DSC ou la CSST que pour les travailleurs et les employeurs qui, eux, connaissent leur procédé de fabrication, l'histoire de leur usine... Comme l'exprime un intervenant:

> "Notre intervenant principal dans l'équipe, c'est la photocopieuse... Ils vous demandent de la feuille, du papier alors que l'employeur et les travailleurs, du papier ils n'en ont pas besoin. Ils sont intéressés au calendrier d'activités... Si les gens ne sont pas sensibilisés, c'est parce qu'on n'est pas assez présent dans les entreprises; on a trop de paperasses à faire, trop de docucuments. Sur 240 jours de travail, j'ai fait 20 jours d'échantillonnage, et le reste c'est pour les rapports d'hygiène. Toute la méthodologie, les instruments de mesure, les numéros de pompe... on pourrait leur faire parvenir sur demande ou s'il est jugé nécessaire."

Ce commentaire illustre non seulement l'absence de souplesse des procédures mais surtout les priorités mises sur la "production de papier" plutôt que sur l'information et la fréquence des visites dans les entreprises. Car "plus on y va, moins il y a de résistance, plus on fait partie du paysage". Les DSC et les CLSC sont d'accord sur ce point: la production de programmes et l'évaluation selon la qualité font dire aux intervenants que la CSST a une vision administrative, loin d'une préoccupation véritable pour la santé et les objectifs du régime. Cette constatation n'est donc pas tirée d'une idéologie de l'intervention mais de l'expérience même des divers intervenants.

L'étroitesse du mandat entraîne aussi un fort sentiment d'impuissance sinon de démoralisation. La division stricte des responsabilités entre santé d'une part et sécurité et prévention au sens d'élimination des dangers à la source d'autre part accentue l'impression que la "production de papier" a peu d'effets sur la santé du travailleur.

> "On a un beau portrait médical de notre population, mais ce n'est pas en faisant des examens de santé que tu fais de la prévention. Si on constate un risque, on a aucun pouvoir pour le prévenir à la source. On ne peut que faire des recommandations au comité de santé et de sécurité, parce que la réduction à la source relève du programme de prévention qui est de la responsabilité de l'employeur. Et si on en fait trop, il y en a qui n'aiment pas çà. Si on constate un état de santé médiocre, le médecin peut suggérer que le travailleur soit affecté à une autre tâche: c'est un autre travailleur qui sera exposé et on suit l'évolution de sa santé."

> "On fait des tests, de l'échantillonnage, mais ça ne change pas. Les protecteurs auditifs ne sont toujours pas portés si l'employeur n'insiste pas pour qu'ils le soient. Parce que les séances d'information ne sont pas suffisantes... Les travailleurs seront encore malades dans 20 ans. C'est démoralisant..."

Certains intervenants doutent à ce point de l'efficacité du programme qu'ils laissent entendre que le coût est élevé pour les résultats obtenus, surtout lorsqu'ils constatent que dans certains cas il en coûte plus cher pour élaborer le programme que pour éliminer à la source un risque bien identifié...

Il est encore plus décourageant pour ainsi dire de recevoir des demandes de la part des milieux de travail et de ne pouvoir les satisfaire. Les intervenants sont tellement habitués à "vendre leur produit" qu'ils éprouvent une grande satisfaction lorsque de temps à autre ils sont reconnus comme personne-ressources! De devoir les refuser est une source de frustration. Deux situations distinctes se présentent. Des demandes de services proviennent d'établissements qui

n'appartiennent pas aux secteurs prioritaires. Ces demandes ne sont pas nombreuses, il va sans dire, étant donnée la résistance habituelle des employeurs. Quelques cas cependant ont été signalés: dans une entreprise que le programme de prévention était déjà fait et l'établissement désirait le compléter par un programme de santé, ailleurs des risques particuliers avaient été identifiés et l'équipe était appelée pour conseiller l'entreprise. Ces demandes doivent être refusées, sauf là où existe une équipe parallèle financée directement par le MSSS, comme à Centre-Sud, et à la condition qu'il ne s'agisse pas d'élaborer un programme de santé... Les priorités sont bel et bien définies par la CSST et l'absence de marge de manoeuvre interdit d'y déroger.

D'autre part, des demandes proviennent des comités de santé et de sécurité qui font valoir leurs propres priorités, par exemple en matière d'hygiène ou de salubrité, ou encore des employeurs ou du syndicat; mais ces demandes n'entrent pas dans le mandat des équipes. Dans les cas d'hygiène et de salubrité, les équipes interviennent auprès des employeurs, même si en fait ils relèvent de l'inspection, et surtout si les travailleurs indiquent clairement qu'une salle à manger leur apparaît prioritaire aux tests de dépistage. Ailleurs, un syndicat a retenu un risque non considéré comme prioritaire par l'équipe et a demandé des séances d'information; l'employeur s'y étant opposé, l'équipe s'est abritée sous le mandat général du CLSC pour offrir ce service. Enfin, des employeurs demandent des solutions techniques pour réduire à la source certains risques. L'expérience des équipes permet souvent de suggérer des solutions, dans les domaines du bruit, de la ventilation, etc., et quelquefois de diffuser des techniques observées dans d'autres établissements, même si cette tâche transgresse leur mandat. Cependant, si une demande exige une recherche, l'équipe ne pourra y satisfaire car elle ne dispose pas des ressources nécessaires, comme un agent de recherches.

Ainsi la division stricte entre santé et prévention subit des pressions très fortes à ses frontières. Non seulement les intervenants sont frustrés de ne pas pouvoir articuler leurs programmes de santé à la prévention et la réduction à la source et ainsi développent le sentiment de "produire du papier" pour la CSST plutôt que de travailler à l'amélioration de la santé des travailleurs; mais de plus ils doivent refuser les demandes en ce sens même lorsqu'elles viennent des employeurs, c'est-à-dire même lorsqu'elles sont

non-conflictuelles. Ces pressions incitent à traverser les frontières entre les diverses juridictions: information légale aux employeurs et aux travailleurs, aide à l'élaboration des programmes de prévention, interventions sur des problèmes d'hygiène, de salubrité et de sécurité... Elles montrent surtout que sur le terrain la santé et la sécurité sont souvent indissociables à la fois psychologiquement et techniquement. Comme le dit un intervenant:

> "Quand on leur donne les rapports de leurs tests auditifs et qu'ensuite on parle de réduction à la source, alors ils regardent du côté de l'employeur et sourient..."

Et il n'est pas toujours possible de faire la distinction entre santé et sécurité, la distance entre la maladie et l'accident est souvent faible comme dans le cas des maux de dos par exemple.[41]

Ces pressions incitent aussi les intervenants à tenter diverses expériences: des techniciens se regroupent pour mettre au point certaines solutions techniques qu'ils pourront proposer aux employeurs; des intervenants établissent des contacts avec d'autres intervenants sur le terrain (inspecteurs, représentants d'associations sectorielles) pour exercer quelque pression sur les employeurs; des CLSC d'une même région créent un prix Meritas pour la meilleure initiative de réduction à la source; une concertation avec des associations sectorielles est en cours pour éviter trois ou quatre compilations et analyses différentes des accidents de travail et monter un projet commun sur les accidents...

---

41 Table inter-CLSC, Changements positifs..., op. cit.

. Impact des programmes de santé

Il est assurément impossible d'isoler les effets des interventions des équipes en santé sur les milieux de travail, outre l'élaboration des programmes de santé dans toutes les entreprises des groupes prioritaires I et II. D'une part les activités des intervenants convergent vers des objectifs identiques: syndicats, associations sectorielles, inspecteurs... D'autre part, les équipes elles-mêmes, comme on l'a vu plus haut, sont appelées à transgresser les limites immédiates et étroites de leur mandat. Il est toutefois possible de relever trois contributions majeures des interventions des équipes en santé.

Il va de soi que l'élaboration des programmes de santé a été réalisée par les équipes. Ces programmes constituent une étape importante et une source d'informations indispensable tant pour les comités de santé et de sécurité que pour les autres intervenants. La qualité de ces programmes révèle la conscience professionnelle des équipes et leur grande implication dans leur travail. Nul ne pourra plaider ignorance des dangers et des risques dans les lieux de production. L'efficacité de ces programmes ne peut être évaluée qu'à moyen terme étant donnée la résistance des employeurs qui se manifeste précisément dans le caracatère conflictuel de la santé et de la sécurité dans les entreprises. Sans aucun doute que la "production de papier" et les multiples approbations professionnelles et administratives pourraient être réduites ou simplifiées, au profit d'une meilleure adaptation aux besoins des utilisateurs, et au premier chef des comités de santé et de sécurité; mais déjà le rôdage des équipes et des instruments de travail permet d'accélérer l'opération, même si elle n'est pas réduite à une opération purement administrative et bureaucratique.

Les intervenants sont unanimes à relier à leurs interventions de nombreux changements survenus dans les établissements. Tous peuvent donner des exemples concrets et les équipes de neuf (9) C.L.S.C. de la région de Montréal en ont fait une liste impressionnante.[42] C'est peut-être même à cause des transgressions à leur mandat que différentes pressions les ont amenés à commettre ces changements qui concernent autant l'hygiène et la salubrité, le bruits et la

---

42 Table inter-CLSC, Changements positifs... op. cit.

ventilation, l'ergonomie et la protection individuelle, le secourisme et la sécurité. Ces changements, observés depuisle début de leurs interventions, même s'ils ne peuvent leur être attribués en exclusivité, ne doivent cependant pas leur être étrangers. Ils correspondent à tout le moins à la forme concrète de leurs interventions, au débordement de leur mandat qui tend à les constituer comme personnes-ressources en santé et en sécurité, en particulier dans les établissements où les autres intervenants se font moins présents.

Enfin, la méfiance des employeurs s'est largement atténuée si elle n'a pas été surmontée. Il faut se rappeler que les équipes ont, la plupart du temps, fait plusieurs visites aux établissements: une première séance d'information et de diagnostic des lieux de travail, évaluation environnementale et tests de dépistage individuels, questionnaire de perception aux travailleurs pour repérer leurs évaluations et priorités, rapports collectifs des examens, séances d'information sur certains agresseurs et de leurs effets sur la santé, formation de secouristes... Les intervenants attribuent à ces visites successives, même si souvent ils devaient négocier longuement avec l'employeur pour obtenir du temps, une certaine transformation des relations entre les équipes et les employeurs et les comités de santé-sécurité. A la condition que les visites ne soient pas trop espacées dans le temps et que les équipes soient attentives aux demandes du milieu, les intervenants en viennent à faire partie du décor.

Dans un sondage récent réalisé par deux DSC, les employeurs se disent très satisfaits des équipes de santé au travail et ils croient que les interventions contribuent à améliorer la santé des travailleurs; et ils sont plus nombreux à favoriser le service public que la privatisation.[43]

---

43 DSC de l'hôpital du Sacré-Coeur de Montréal et DSC Cité de la Santé de Laval, Sondage en santé et sécurité au travail, janvier 1987.

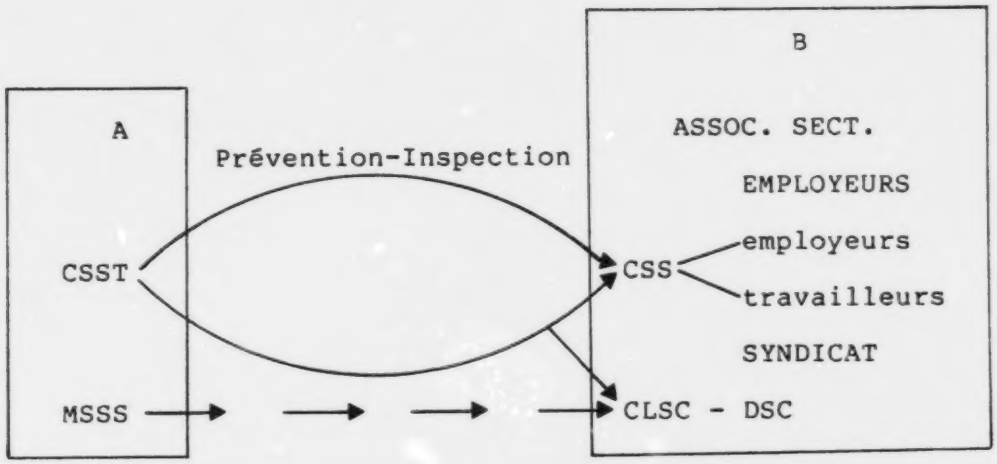
Conclusion

. Caractéristiques du régime et tensions internes

Le régime québécois de santé et sécurité du travail se présente sous deux formes originales. D'une part une Commission paritaire (patronat et syndicat) assume la direction d'ensemble du régime, en définit les politiques et les modalités de fonctionnement; cette Commission sous-traite l'exécution de certaines tâches, à savoir les programmes de santé, à des organismes du régime public de santé, les DSC et les CLSC. Cette relation de sous-traitance, qui est un compromis entre une responsabilité totale de la santé au travail au MSSS et un service parallèle de santé au travail, constitue la caractéristique principale des rapports de travail qui relient les dirigeants et les exécutants en ce domaine. Elle constitue aussi les limites à l'intérieur desquelles les divers agents (CLSC, DSC, MSSS...) établissent leurs fonctions et leurs stratégies de pouvoir. Les CLSC auxquels les équipes de santé sont rattachées se trouvent en quasi-tutelle car la CSST indique, à travers les DSC, le contenu des tâches, le nombre et les catégories de personnel, les formalités administratives et budgétaires, et ce avec un très grand degré de précision.

D'autre part, la CSST a établi un régime qui rompt avec le modèle curatif et compensatoire fondé sur la consommation individualisée des services. Dans les entreprises sont formés des comités paritaires (travailleurs et employeurs) à qui les équipes de santé sont redevables afin de transformer un enjeu conflictuel de négociation en intérêt collectif. Cependant la responsabilité de la prévention et de la réduction des dangers à la source a été attribuée en exclusivité aux employeurs, ce qui réintroduit la division entre les droits de gérance et les salariés dans la gestion "collective" de la santé et de la sécurité au travail, en même temps que la division entre santé d'un côté, et prévention et réduction à la source de l'autre.

Ces deux ensembles de rapports (travail ou production et consommation ou utilisation) peuvent être visualisés ainsi.



Les CLSC relèvent du MSSS mais sous-traitent les services de santé accordés au comité de santé et de sécurité par la CSST. Par ailleurs, le programme de santé est distinct du programme de prévention qui est la responsabilité des employeurs, les associations sectorielles paritaires ayant des fonctions de formation et de conseil. Le syndicat n'est pas juridiquement représenté au CSS; et il assume des fonctions de formation auprès de ses membres.

La dynamique de l'intervention en santé au travail exerce des pressions très fortes sur les formes de ces rapports. D'une part la variation des situations concrètes est très grande: existence ou non de CSS, présence ou absence de syndicat, résistance plus ou moins forte des employeurs, petites ou grandes entreprises. Cette variation impose aux équipes de santé des stratégies d'intervention différentes qui exigent des ressources différentes, des outils de travail différents, des échéanciers différents, de telle sorte que la relation de sous-traitance qui uniformise les conditions de réalisation contient un très grand nombre d'irritants; les directions locales, en quasi-tutelle en regard de ce programme, ne peuvent pour cette raison y remédier.

D'autre part, l'indissociabilité de la santé et de la sécurité dans la réalité exige que les équipes en santé transgressent le mandat étroit qui leur est accordé si elles ne veulent pas être inefficaces et se comporter comme des "fonctionnaires producteurs de feuilles".

. Esquisse de scénarios pour recommandations

Devant des tensions et des conflits, il est possible d'observer généralement trois types de réaction: revenir aux bonnes stratégies d'autrefois, renforcer les contrôles, tenter de nouveaux compromis. Est-il besoin de rappeler que ces esquisses de scénarios sont dépendants de notre analyse: celle-ci repose sur l'étude des équipes de santé dans les CLSC, à partir d'une documentation et d'entrevues d'intervenants. Elle n'a pas considéré les associations patronales, le ministère de la Santé et des Services Sociaux, ni les travailleurs et leurs associations syndicales.

- les nostalgiques

Les nostalgiques ont en commun de faire revivre les débats comme s'ils n'avaient pas eu lieu, de proposer de revenir à des formes antérieures en soulignant leur actualité et leur capacité de redonner une cohérence et une homogénéité à des situations conflictuelles.

Le premier de ces scénarios, celui que véhicule souvent le discours de l'approche communautaire, consiste à accorder toute la responsabilité de la santé, y compris de la santé au travail, au MSSS. Ce scénario apparaît d'autant plus vraisemblable qu'il s'appuie sur les irritants et la quasi-tutelle dans les rapports de travail et plus particulièrement dans la relation de sous-traitance. Cependant, il risque de produire les effets contraires à son discours: marginalisation de la santé au travail, dissociation encore plus grande de la santé et de la sécurité. Car si la santé et la sécurité relèvent de deux instances gouvernementales aussi indépendantes que le MSSS et la CSST, il s'agirait d'un conflit pour que la CSST marginalise les interventions des équipes de santé. Et il

n'est pas acquis que les CLSC pourraient mieux s'imposer aux entreprises sans la couverture directe de la CSST.

Le deuxième de ces scénarios consiste à privatiser les services de santé, à revenir à une médecine d'entreprise. Ce scénario, outre qu'il ne semble pas favorisé par les employeurs eux-mêmes, risque de remettre en question le paritarisme lui-même.

Le troisième consiste à créer un service parallèle consacré uniquement à la santé au travail. Ce scénario a aussi l'avantage de la cohérence car il élimine le MSSS et crée des relations de travail qui ne sont pas de l'ordre de la sous-traitance. Cependant, il risque de "reconflictualiser" la santé au travail qui a acquis une certaine objectivité et une certaine transparence en raison même de son appartenance au réseau public.

Il serait possible de développer plus longuement ces scénarios mais notre analyse nous invite à considérer l'ensemble des tensions, à accroître l'efficacité du régime et, s'il le faut, sacrifier la clarté organisationnelle à une plus grande cohérence des activités sur le terrain.En d'autres termes, il nous semble préférable de travailler dans la boîte B que dans la boîte A.

- le renforcement des contrôles

Ce scénario est celui que semblent préférer à la fois la CSST et les DSC. Il consiste à préciser davantage les règles des contrats, à préciser aussi les forntières entre les diverses juridictions. Il pourrait cependant produire les effets inverses à ceux recherchés: accroissement des frustrations et de la démoralisation, affaiblissement de l'efficacité du régime, création de nouveaux conflits.

. de nouveaux compromis: décentralisation et articulation des activités

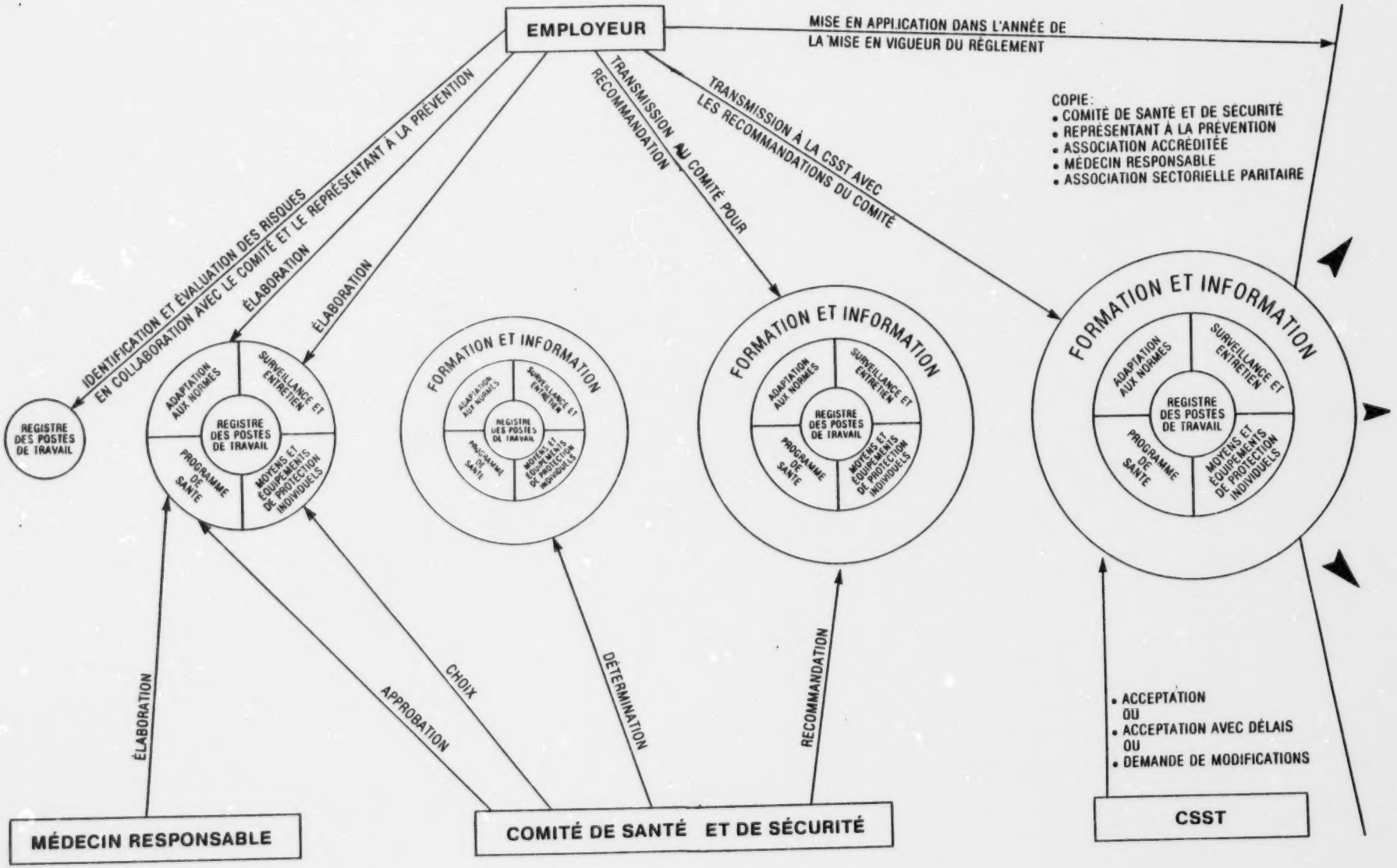
Les relations de travail doivent être décentralisées, à l'intérieur de la relation de sous-traitance. D'une part les CLSC et les DSC ont acquis une expertise et une crédibilité que même les sondages auprès des employeurs leur reconnaissent; d'autre part cette décentralisation est nécessaire pour faire face aux situations concrètes dont la grande variabilité a été constatée. Les relations entre la CSST et les DSC-CLSC peuvent s'orienter vers des relations de partenaires et non plus de dirigeants à dirigés. La CSST ne devrait pas être à l'abri des formes modernes de gestion.

Cette décentralisation devra cependant être négociée par le MSSS car elle exigera une nouvelle répartition des fonctions entre les DSC et les CLSC; la négociation peut relever de l'AHQ qui représente les DSC. Des mécanismes de concertation sont à élaborer pour remplacer la gestion par directives.

De plus, une articulation des structures différenciées à la base semble un gage d'une plus grande efficacité et d'une plus grande confiance réciproque. L'objectif d'une telle articulation est donc triple: renforcer la collectivisation de la consommation des soins de santé, renforcer la liaison entre la santé et la sécurité, rendre complémentaires des structures qui commencent à peine à collaborer sur le terrain: associations sectorielles, comités de santé et de sécurité, syndicats, inspecteurs.

Nous n'avons malheureusement pas eu le loisir de repérer toutes les expériences qui "s'inventent" sur le terrain ni d'évaluer celles qui ont été proposées dans toutes leurs dimensions. Parmi les mécanismes et les nouvelles stratégies d'intervention qui pourront être proposés, il faudra retenir ceux qui soutiendront les objectifs de décentralisation et de concertation, qui favoriseront la sensibilisation et la responsabilité collective.

TABLEAU XVIII: COMITÉ DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ AU TRAVAIL



SYNTHESE
ET
CONCLUSION GENERALE

SYNTHESE ET CONCLUSION GENERALE

La convention collective et la réglementation des programmes qui encadrent les activités professionnelles des C.L.S.C. présentent-elles des rigidités qui interdisent la satisfaction des demandes de la population? Les C.L.S.C. ont-ils la flexibilité suffisante pour s'adapter aux besoins, non seulement dans une perspective de changement ou d'émergence de nouveaux "risques", mais aussi dans la gestion ou le traitement des problèmes déjà répertoriés et identifiés?

Ainsi formulée, la question est éminemment politique car y répondre impliquerait une série de choix et d'arbitrages sur la légitimité des demandes et l'importance des problèmes, sur les coûts, le mode et le lieu de leur traitement, sur l'opportunité même des C.L.S.C. eu égard aux substituts concurrents, que ce soient les polycliniques privées ou les alternatives communautaires.

Or, la convention collective et la programmation qui structurent les activités des C.L.S.C. sont elles-mêmes le résultat d'arbitrages ou plus précisément de compromis entre des forces sociales en conflit plus ou moins ouvert. Si cette affirmation apparaît évidente sinon banale lorsqu'appliquée à la convention collective, elle devrait l'être tout autant pour la programmation de services car celle-ci est aussi un enjeu conflictuel entre dirigeants et consommateurs. Dans cette perspective la question de la flexibilité ne renvoie plus à une relation à un environnement extérieur que serait la population ni à des choix politiques, mais au repérage de tensions, de blocages ou de déviances à l'intérieur même des règles du jeu établies par les compromis sociaux. En effet, l'analyse doit établir au départ quelles sont les règles du jeu ou les formes institutionnelles qui structurent les comportements et les pratiques professionnelles. Ce sont ces formes institutionnelles qui donnent leurs caractéristiques organisationnelles à ces organisations que sont les C.L.S.C., qui produisent ce que d'autres ont appelé leur culture.

La convention collective et la programmation, précisément parce qu'elles sont le résultat de compromis et, parce qu'elles sont des règles du jeu, n'éliminent pas les conflits et les insatisfactions. Au contraire, des tensions se manifestent, et des déviances de toutes sortes apparaissent pour que les agents ou les intervenants puissent donner ce qu'ils considèrent un "bon service". Ces tensions et déviances sont les indices que les règles du jeu sont rigides, et leur accumulation peut être telle que les organisations ne peuvent plus assurer leur continuité sur le mode qui les régit; on pourra alors parler de crise. A tout le moins, ces tensions et déviances exercent une pression pour le renouvellement des règles du jeu.

La conclusion présente donc un résumé des principales tensions observées dans les C.L.S.C.; il faut cependant caractériser d'abord les formes institutionnelles qui seules peuvent donner leur sens aux pressions et aux stratégies des divers acteurs. Nous présentons enfin ce qui nous apparaît être les tendances "lourdes" par rapport au changement, ainsi que les recommandations qui peuvent les infléchir.

1. Les C.L.S.C.: centre local et succursale

Au début de la recherche, la convention collective et la programmation nous paraissaient devoir être traitées séparément, mais il s'est imposé graduellement que seul leur croisement permettait de comprendre les C.L.S.C.; mieux encore, ces deux aspects s'influençaient l'un l'autre; à tout le moins ils devaient être adéquats l'un à l'autre. En effet, on peut considérer la convention collective comme la forme institutionnelle des rapports de travail (ou de production) et la programmation, c'est-à-dire la réglementation des programmes, comme des rapports de consommation (au sens large de modèle culturel de consommation de produits et de services)[1]. La convention collective régit les relations entre le ministère et les salarié(e)s, alors que la programmation organise ou structure les relations entre le C.L.S.C. (les services) et les usagers ou utilisateurs des services.

---

1 Ces rapports de consommation pourraient même être étendus au modèle culturel de consommation des activités socio-politiques ou de participation. Mais notre propos se limite ici à la consommation des services socio-sanitaires.

Les rapports de consommation ne sont évidemment pas autant codifiés de la même manière qu'une convention collective. C'est à travers la "participation" qu'ils peuvent être saisis, que cette participation soit dépendante et passive, ou au contraire active et déterminante par le biais de mécanismes variés, formels et informels, d'intervention sur la forme et le contenu des programmes. Si les recherches ont surtout porté sur l'élection des représentants d'usagers aux conseils d'administration et leur influence réelle dans ces instances, la participation s'exprime aussi par les comités d'usagers, les pressions d'individus ou de groupes, les associations nationales, les colloques, les sondages, etc. Il est donc pour ces raisons plus difficile de repérer la forme des rapports de consommation. De plus, même si cette affirmation pourrait aussi s'appliquer aux rapports de travail, les usagers ne constituent pas un groupe homogène et il est rare que les usagers-consommateurs interviennent sans le soutien et l'appui de professionnels reliés à leurs problèmes, y compris d'intervenants responsables de l'application même des programmes. La présence des professionnels dans les alliances usagers-permanents peut être d'autant plus forte que les usages sont défavorisés, mais il n'en reste pas moins que leur intervention porte sur les rapports de consommation, c'est-à-dire la relation entre les décideurs et dispensateurs de services d'une part, les consommateurs de l'autre.

Si la convention collective et la programmation sont relativement autonomes, elles s'influencent l'une l'autre. A titre d'exemple, certaines exigences de personnes âgées dans la programmation des services à domicile peuvent entraîner un changement dans la définition de tâches des auxiliaires familiales et même dans les conditions d'embauche, comme on l'a montré. D'ailleurs, c'est cette influence réciproque qui spécifie au mieux les formes successives qu'ont prises les C.L.S.C.

. <u>Un centre localisé et communautaire</u>

Les C.L.S.C. ont d'abord été des centres localisés et communautaires de services. Ils étaient d'ailleurs créés à la suite d'une mobilisation populaire qui réunissait toutes les catégories sociales du milieu dans les comités d'implantation qui définissaient les besoins et les services éventuels que

la communauté devait s'offrir. Leur caractère localisé était manifeste car l'Etat n'intervenait que pour fournir une aide technique par l'intermédiaire d'agents de projets; et leur caractère communautaire par la fusion en quelque sorte de toutes les catégories sociales dans un projet "populaire". La création de ce type d'organisation était le résultat, comme on l'a vu, d'un compromis entre les forces sociales au niveau sociétal qui se traduisait par les alliances au niveau local, sauf dans quelques quartiers où les cliniques communautaires ont maintenu leur autonomie en refusant de s'intégrer au réseau d'Etat des C.L.S.C.

Ce centre localisé était modelé par des rapports de travail et de consommation bien particuliers.

Les rapports de travail ont pris la forme que nous avons nommée participation socio-politique d'une part pour traduire les alliances politiques sociétales et locales et d'autre part pour souligner les diverses modalités de cogestion ou d'autogestion qui concrétisaient la forte participation des salariés permanents à la gestion des C.L.S.C. Les salariés sont représentés au conseil d'administration des C.L.S.C. responsable des orientations générales, mais surtout au comité de coordination où, avec la direction générale, ils participent à l'organisation du travail, à la formation des équipes et à la répartition des tâches. La fonction de direction est ainsi largement absorbée par le comité de coordination. L'organisation du travail en équipes multidisciplinaires remet en cause la division traditionnelle du travail et les qualifications académiques pour l'occupation de divers postes, de même qu'elle consacre l'auto-évaluation des salariés. Ces modalités d'organisation seront codifiées dans des "ententes locales" qui sont de véritables conventions collectivees négociées pour protéger les acquis bien sûr, mais aussi les percées réalisées dans la gestion et la déprofessionnalisation. A titre d'exemples de déprofessionnalisation, les auxiliaires familiales étaient devenues des travailleurs de quartier incluant des tâches associées à la relation d'aide, et des travailleurs communautaires étaient recrutés dans le quartier et formés à l'intérieur du C.L.S.C. pour réaliser des tâches équivalentes à celles confiées ailleurs à des travailleurs sociaux. Les ententes locales entendaient donc préserver la spécificité des C.L.S.C. qui s'était développée en relation étroite avec

les particularités du milieu social d'implantation; le recrutement de salariés dans le milieu et leur "professionnalisation" avaient pour objectif de ne pas imposer des standards académiques et bureaucratiques étrangers à la culture locale et de permettre une meilleure adaptation et médiation aux populations desservies par le C.L.S.C.

A cette forme particulière de rapports de travail correspondent des rapports de consommation tout aussi originaux. Si l'on accepte l'idée que globalement jusque-là les rapports de consommation de soins de santé et de services sociaux étaient constitués d'un rapport de dépendance entre des consommateurs passifs et individualisés d'une part et des professionnels d'autre part qui à la fois définissaient les besoins et dispensaient les services correspondants, une toute autre forme de ces rapports émerge et se généralise par la création des C.L.S.C. Par l'importance accordée aux citoyens-usagers dans la définition des besoins de la communauté, dans l'engagement des professionnels et non-professionnels, et dans l'approche indiquée pour la dispensation des services, la forme individualisée et passive se transforme en une forme socio-communautaire. Un rapport s'établit entre le C.L.S.C. et la population locale et non plus entre un professionnel et un individu. Ce rapport se traduit institutionnellement par la présence de représentants élus d'usagers au conseil d'administration des C.L.S.C., ainsi que par leur participation à de nombreux comités consultatifs.

On aperçoit bien maintenant que c'est la conjonction de la forme socio-politique dans les rapports de travail et de la forme communautaire dans les rapports de consommation qui spécifie les C.L.S.C. La triple "alliance" entre direction, salariés et usagers au niveau organisationnel ne se réalise qu'à cette condition. On peut même avancer que le rapport socio-politique n'aurait pas été possible sans le rapport communautaire et vice versa, car les salariés ont largement contribué à susciter la participation active des citoyens, de même que les modalités de gestion et d'organisation du travail n'auraient pas été possibles sans l'appui des usagers. C'est pour cette raison d'ailleurs que les tensions et les conflits vont s'accumuler dans les ententes locales en même temps que dans la participation communautaire pour produire une crise qui s'étendra jusqu'au début des années '80 et qui sécrétera de nouvelles règles du jeu.

. La longue crise des rapports de travail

Dans l'ensemble du régime public de santé et de services sociaux, seuls les C.L.S.C. avaient été moulés aussi profondément sous les formes que l'on vient de décrire, ce qui leur conférait un statut d'expérience minoritaire mais potentiellement contestatrice des formes dominantes. La corporation médicale en particulier ne voyait pas d'un bon oeil l'insertion des médecins dans des équipes multidisciplinaires ni l'intervention des usagers sur les pratiques professionnelles, alors que la technocratie d'Etat ne pouvait contrôler la gestion des salariés ni le modèle de consommation. Les conflits internes à la fois entre salariés eux-mêmes, salariés et direction locale, et ceux entre C.L.S.C. et communauté ont alimenté un réaménagement des rapports de travail et de consommation. Les tensions étaient à ce point fortes qu'un large éventail de mécanismes ont préparé graduellement la voie à ce réaménagement: opération-bilan, syndicalisation, longues grèves, contestations juridiques à plusieurs niveaux, mises en tutelle, comités ministériels d'enquête, moratoire sur la création de nouveaux C.L.S.C., etc.

Du point de vue des rapports de travail, il est évident que l'élément le plus significatif est la syndicalisation des salariés des C.L.S.C., leur affiliation à la FAS-CSN, et la signature de conventions collectives nationales entre la FAS et le comité patronal de négociation du secteur des affaires sociales représentant les C.L.S.C. par l'intermédiaire de leur nouvelle fédération. La convention collective nationale, y compris d'ailleurs le Mémoire d'entente intérimaire qui l'avait précédée, ne reconnaissait pas les ententes locales, en particulier les définitions de poste, les classifications et les échelles salariales qui avaient été négociées localement; là où des ententes locales n'existaient pas, de fortes pressions de la part des salariés syndiqués se sont exercées pour en conclure, et avec succès là où la triple "alliance" prédominait encore. Une longue contestation juridique s'est engagée dont l'effet principal est la remise en cause de la capacité de négocier localement des modalités d'organisation spécifiques aux milieux concernés. La convention collective nationale des C.L.S.C., qui était d'ailleurs une annexe à celle s'appliquant au secteur hospitalier considérée comme la convention de base, uniformisait les conditions de travail dans l'ensemble des C.L.S.C. Les luttes syndicales et les grèves s'engagèrent pour la défense des acquis syndicaux déjà négociés localement.

De plus, la convention collective nationale, encore une fois comme simple annexe ajoutant quelques particularités à la convention de base régissant le secteur hospitalier, établissait la direction dans ses droits de gérance et ainsi balayait les expériences de cogestion qui caractérisaient les C.L.S.C. La FAS et la Fédération des C.L.S.C. s'entendaient donc pour imposer le modèle hospitalier de gestion et de division du travail à l'ensemble des C.L.S.C. Sans doute qu'à la FAS on croyait que les ententes locales seraient respectées, comme il se doit dans ces cas où des avantages particuliers ont été préalablement acquis par négociation; cependant aucune clause ne prévoyait cette protection.

Toutefois, malgré certaines luttes juridiques et politiques pour le maintien du partage des droits de gérance, les syndicats des C.L.S.C. choisiront ou seront réduits à la seule défense des acquis concernant les conditions de travail (semaine de travail, classifications, échelle salariale) qui feront l'objet de grèves et contestations juridiques. D'une part, avec la fin de l'alliance politique qui avait permis la création des C.L.S.C., il s'était développé un "syndicalisme de classe" pour qui, selon l'expression du Manifeste de FTQ, "l'Etat était un rouage de l'exploitation" et les C.L.S.C. partie intégrante du réseau étatique. La participation à la gestion était donc condamnée, et avec elle le compromis socio-politique. D'autre part, certains syndicats locaux ont pu récupérer la participation à la gestion par le biais des règlements internes acceptés par la direction locale et le conseil d'administration et même par des ententes locales négociées après le début des contestations juridiques. Dans cette situation, ce sont les mécanismes de la mise en tutelle ou de comités ministériels d'enquête qui sont venus mettre fin aux diverses formes de comités de coordination qui en fait avaient les responsabilités de la direction générale. Car, on l'a déjà souligné, les C.L.S.C. créés après 1980 ont souvent fait le même cheminement que les plus anciens, quoique de manière plus condensée dans le temps.

Ainsi les rapports de travail se sont consolidés sous une forme semblable à celle du secteur hospitalier et même analogue à celle du secteur industriel, qualifiée de rapport salarial fordiste pour marquer la séparation entre les droits de gérance d'une part et des négociations désormais centrées sur les conditions de travail et de salaire d'autre part; analogue, car les salariés ont par ailleurs conservé leur

représentation au conseil d'administration des C.L.S.C. prévue par la Loi. Néanmoins, par la convention collective nationale, l'Etat raffermissait son emprise sur les C.L.S.C. malgré leur statut juridique autonome, et raffermissait du même coup les pouvoirs des directions générales locales sur la gestion des C.L.S.C. La participation socio-politique définissait des rapports entre salariés et directions locales, le nouveau compromis salarial établit des rapports entre l'Etat et la FAS, rapports gérés au niveau local sur le mode du grief, sans pouvoir de négociation. Il n'est pas sans intérêt de constater que souvent les tutelles ou comités d'enquête ont été parfois provoqués par des conflits à l'intérieur même des conseils d'administration; c'est qu'en même temps se disloquait la "communauté" qui avait servi d'appui à ce projet original; ainsi les rapports de consommation seront-ils eux aussi profondément transformés.

. La consommation: de la communauté aux catégories-cibles

De multiples tensions et conflits ont marqué dès le début la gestion des rapports de consommation entre les C.L.S.C. et les communautés locales. Les regards étant pointés sur cette expérience nouvelle, les répercussions étaient grandes dans les médias qui scrutaient les déclarations des uns et les démissions des autres.

Le conflit le plus souvent relevé a été celui qui opposait les tendances davantage favorables à la prévention à celles plus intéressées aux services curatifs. Si certains ont identifié les permanents à la prévention et les usagers aux services curatifs, il est plus exact d'affirmer que ces tendances traversaient à la fois les permanents et les usagers, certains groupes sociaux réclamant le soutien d'organisateurs communautaires pour assurer leur autonomie, alors que certains professionnels de la santé avaient une pratique surtout curative. Ces conflits se répercutaient au conseil d'administration lors des nouveaux engagements.

Par ailleurs, le retour en force des professionnels dans la définition des besoins, l'emprise des permanents sur le C.L.S.C. se manifestait d'une part par leur présence au

conseil d'administration et d'autre part par les diverses modalités de cogestion même si celle-ci était formellement dépendante des orientations et des politiques générales du conseil. Par exemple, des usagers ont démissionné du conseil parce qu'ils considéraient que le directeur général était davantage soumis au comité de coordination qu'au conseil lui-même; le directeur général ayant refusé d'assumer la totalité des fonctions et responsabilités que la loi lui assignait, les démissionnaires ont demandé et obtenu la mise en tutelle du C.L.S.C., même s'ils avaient été mis en minorité au conseil.

La communauté s'est aussi divisée dans certains cas sur le rôle même des C.L.S.C., car ils professionnalisaient en quelque sorte l'action sociale dans des milieux où jusque-là l'élite locale exerçait son patronage et son bénévolat envers différents groupes sociaux. Cette élite locale, d'abord favorable au C.L.S.C., s'opposait à la trop grande importance, selon elle, accordée à l'action communautaire qui se trouvait ainsi à lui enlever le monopole des bonnes oeuvres et à conflictualiser les inégalités sociales. L'opposition devenait plus farouche lorsque des "oeuvres charitables" étaient transformées en "groupes populaires" qui prenaient la parole et faisaient connaître leurs revendications. Ces divisions se sont traduites par des mobilisations, y compris avec l'appui des organisations politiques, lors des élections des représentants des usagers au conseil d'administration.

Tous ces conflits, accompagnés ou non de démissions, indiquaient la difficulté de définir les besoins et de dispenser les services sur le mode communautaire. En même temps, les pressions politiques, en s'appuyant à l'occasion sur les effets de la crise économique sur les finances publiques, exigeaient du MAS un contrôle accru, sinon l'arrêt total, des activités des C.L.S.C. Dès 1974, le MAS commande une opération-bilan qui manifeste bien la fragilité des C.L.S.C. puisque deux rapports sont déposés, un majoritaire et un minoritaire. Il en résultera cependant entre autres le rattachement des C.L.S.C. aux CRSSS et la réduction de la période d'implantation, c'est-à-dire de consultation des populations sur leurs besoins et sur les programmes à privilégier.

Les tutelles et les comités d'enquête ministériels jouent également un rôle dans la baisse de participation des usagers. Non seulement ils paralysent leur intervention dans les C.L.S.C. pour une certaine période, mais il en résulte des recommandations sur l'organisation générale qui tendent à faire disparaître les comités consultatifs non prévus dans la loi. Ayant moins de racines ou d'antennes dans la population, les représentants des usagers s'en trouvent affaiblis au profit de la direction générale. Avec l'élimination des comités de coordination dont on a parlé plus haut, et l'affaiblissement de la participation des citoyens, la fonction de direction générale devient davantage reliée au MAS. La ligne hiérarchique qui va du ministère à la direction puis aux salariés et à la population se renforcit au détriment des relations actives de la communauté dans la gestion des C.L.S.C.

En fait, un autre mécanisme de consultation et de participation se met en place et qui va coiffer les relations de niveau local. Car d'un côté l'Etat, à travers les divers programmes, intervient déjà auprès de clientèles-cibles: personnes âgées, périnatalité, etc.; de l'autre, certaines de ces catégories-cibles se transforment en agents sociaux par l'intermédiaire de regroupements, de clubs ou d'associations. A titre d'exemple, un premier document de consultation (Livre vert) sur les services à domicile paraît en 1976, qui déjà fait référence au Forum des personnes âgées et qui servira à la fois à recevoir les demandes ou revendications des personnes concernées et à les constituer en interlocuteurs. Il s'établit ainsi un nouveau rapport de consommation qualifié de catégoriel qui met en relation et oppose tout à la fois l'Etat et les catégories-cibles. Ce nouveau rapport déterminera les besoins et services en lieu et place du rapport C.L.S.C.-communauté et s'imposera comme forme dominante sans toutefois être unique et exclusive. Les quatre programmes étudiés dans notre recherche montrent bien l'importance et l'extension de cette forme. A l'exception de quelques programmes proprement locaux, sur lesquels nous reviendrons, la programmation administrée par les C.L.S.C. est en quelque sorte le résultat de "négociations" entre le MAS et les groupes sociaux concernés. Il est évidemment exagéré d'évoquer la négociation comme telle, car les rapports entre les parties concernés ne sont pas autant formalisés et la programmation qui en résulte ne fait pas l'objet d'une entente ou d'un compromis accepté; de même les "moyens de pression" sont de l'ordre de mémoires, de

colloques, de déclarations et quelquefois de manifestations, impliquant le plus souvent une alliance de professionnels, de catégories sociales concernées et quelquefois du mouvement syndical.[2] Il n'en reste pas moins, malgré l'inégalité des forces sociales en présence, que l'on doive parler d'un véritable rapport social, constitué de demandes sociales et de propositions opposées, et dont le résultat s'exprime dans un compromis qu'est la programmation, c'est-à-dire une définition particulière des besoins, de critères d'admission, d'objectifs, de services, etc. Cette programmation décidée en un autre lieu est administrée par les C.L.S.C., même s'ils peuvent avoir été des acteurs importants dans le réseau complexe des relations qui ont donné lieu à la programmation.

Ce rapport catégoriel de consommation se comprend bien si on l'illustre par le programme de santé au travail que la CSST fait réaliser dans les C.L.S.C. Ce programme, qui consiste à élaborer un programme de santé dans les établissements de travail et qui est un élément du régime de santé et de sécurité au travail, est le résultat d'une dynamique conflictuelle entre les syndicats et le patronat, sous l'égide de l'Etat. Cette dynamique était précisément constituée des demandes des travailleurs en matière de santé et de sécurité au travail d'une part et des modes de gestion de ces problèmes imposés par le patronat d'autre part. Les besoins ont donc été exprimés au niveau sociétal, par une "catégorie" particulière de la population, représentée par ses associations syndicales, et directement auprès du patronat. C'est entre ces acteurs que l'évaluation des besoins et les modalités de leur gestion ont été négociées. L'Etat a imposé en quelque sorte un compromis sous la forme institutionnelle que l'on connaît. Les diverses mesures qui en découlaient incluaient les programmes de santé comme un mode de relation entre les utilisateurs et l'agence responsable du service.

---

2 Ce sont ces types d'action collective que certains appelleraient des mouvements sociaux.

La réalisation de ces programmes a été accordée en sous-traitance aux C.L.S.C. avec des spécifications à ce point précises quant aux objectifs, aux façons de faire, au personnel-ressource, aux échéanciers, etc. que les C.L.S.C. n'ont aucune autonomie dans la gestion du programme ni droit de regard sur des pratiques professionnelles de l'une de leurs équipes; leur autorité sur ce programme se limite à la surveillance quant au respect des règles du contrat.

Le programme de santé au travail dans les C.L.S.C. est bien sûr le cas extrême où les rapports catégoriels de consommation des soins de santé se traduisent par une réglementation aussi rigide. De plus le concept de catégorie-cible (par opposition à communauté) est ici poussé à sa limite car il arrive que les travailleurs-usagers n'habitent même pas le territoire desservi par le C.L.S.C., ce qui introduit quelques contradictions dans son économie générale: impossibilité de mettre en pratique la complémentarité entre les divers programmes, absence de participation de ces usagers aux élections et donc leur non-représentation au conseil d'administration, impossibilité de s'adapter à une demande qui s'adresse à son interlocuteur central, en l'occurence la CSST.

A l'opposé, doit-on considérer comme un vestige ou une survivance les initiatives locales? Même s'il n'est plus dominant, le rapport C.L.S.C.-communauté survit par divers programmes qui résultent d'une évaluation des besoins et d'une décision collective. Non pas au sens où les vieux programmes continuent d'exister, mais au sens où ce type de rapport donne lieu encore à des initiatives nouvelles: clinique de jeunes, programme de prévention des maladies cardio-vasculaires, coopérative de maison de chambres pour les sans-abris, programmes de développement économique et de création d'emplois, coopératives d'habitation, assainissement de l'environnement, regroupements de femmes, etc. Cependant, la tendance lourde converge vers la gestion par populations-cibles et les programmes locaux doivent se circonscrire dans les marges de manoeuvre de plus en plus réduites.

Entre la santé au travail et les initiatives locales pourraient être situés tous les autres programmes. Outre les programmes locaux et la santé au travail (CSST), notre recherche a porté sur le maintien à domicile et la santé scolaire. Il ne s'agit pas d'établir une typologie ni de peser le poids respectif des programmes appartenant au rapport catégoriel ou au rapport communautaire. Le maintien à domicile a toujours fait l'objet d'un budget protégé c'est-à-dire qu'aucun transfert vers d'autres programmes n'était permis. Le mandat a été de plus en plus explicitement défini en ce qui concerne aussi bien les objectifs que les clientèles et les conditions d'admissibilité. Ces politiques n'ont pas empêché une grande variabilité dans les services. Cependant, le mouvement de désinstitutionnalisation, commandé à la fois par l'augmentation des coûts du placement et par les revendications des groupes sociaux, et allié au vieillissement de la population, a produit une logique de non-institutionnalisation qui alourdit considérablement les clientèles à domicile et affecte sur les pratiques professionnelles.

Enfin le programme en santé scolaire est un bon exemple de ces mandats transférés des DSC aux C.L.S.C. avec une grande continuité des pratiques antérieures et une population-cible préalablement définie et médiatisée par une institution: la commission scolaire ou l'école. Soulignons que l'ajout de mandats et les transferts des ressources ont eu généralement pour effet, en particulier dans les nouveaux C.L.S.C., de transformer l'organisation du travail de modules ou d'équipes multidisciplinaires polyvalentes à une organisation davantage sectorialisée par programmes.

En somme, les rapports de consommation se sont transformés: à un rapport entre C.L.S.C. et communauté locale a succédé un rapport entre des agences centrales (MSSS, CSST et pourquoi pas bientôt d'autres ministères comme celui de l'Education par exemple) et des catégories-cibles. Ce sont ces rapports qui dorénavant et de façon dominante produisent la programmation: besoins, objectifs, ressources. Il ne peut en découler que des tendances à l'uniformité. En même temps, le passage des ententes locales à la convention collective nationale a introduit une autre forme des rapports de travail: un rapport salarial qui met en présence aussi de nouveaux acteurs, à savoir la FAS, et le MSSS et le Conseil

du Trésor, et qui aussi produit des tendances à l'uniformisation des conditions de travail et des définitions de tâches. Ces nouvelles formes structurelles qui modèlent aujourd'hui les C.L.S.C. les apparentent davantage à une succursale qui exécute et administre plutôt qu'à un centre local qui décide et gère. Ces formes structurelles à leur tour suscitent des tensions et des déviances qui exercent de fortes pressions au renouvellement des règles du jeu.

2. Rigidités, déviances et tensions

Faut-il parler de crise pour caractériser les tensions dans les formes actuelles qui déterminent les C.L.S.C.? Peut-on considérer la Loi 37 dans les relations de travail, et le Comité Brunet sur les C.L.S.C. et plus généralement la Commission Rochon comme des indices d'un malfonctionnement, d'une incapacité des cadres institutionnels de contenir les tensions internes ou de s'y adapter? Est-ce un abus de langage ou une dramatisation des problèmes pour lesquels les analystes manquent de recul historique? Peu importe leur statut théorique, il n'en reste pas moins que les tensions sont nombreuses tant dans les rapports de travail que dans les rapports de consommation.

• Convention collective et mode de gestion

La convention collective nationale a uniformisé les conditions de travail et interdit des ententes locales, elles ont opéré une division stricte entre le respect des droits de gérance et les revendications syndicales surtout salariales; et à ce titre la convention collective est calquée sur la séparation entre la direction-conception et l'exécution du travail telle qu'initiée par le taylorisme. Ces rigidités structurelles sont telles qu'elles doivent être compensées par un mode de gestion "souple" pour assurer un fonctionnement efficace du C.L.S.C.

La convention collective interdit toute forme d'aménagement local selon la taille du C.L.S.C., des modalités d'intervention différentes ou les caractéristiques du milieu. Alors que près de la moitié des C.L.S.C. compte cinquante employés et moins, ils doivent tous respecter les 40 titres d'emploi prévus à la convention avec les mêmes conditions d'embauche et les mêmes types de formation. L'employeur peut fusionner deux titres d'emploi afin d'obtenir un regroupement d'attributions correspondant aux tâches à accomplir mais il ne peut créer un titre d'emploi non prévu.

Par ailleurs la convention permet une certaine flexibilité à l'employeur quant aux postes à pourvoir et à leur affectation. Il peut abolir un poste (vacant ou non) pour réorganiser les services, abolir un poste à temps plein pour le remplacer par un poste à temps partiel ou un poste comportant de nouvelles exigences de qualification. De même l'unité de travail est définie de manière tellement large que la direction peut modifier l'affectation des salariés à l'intérieur d'un module, programme ou service. Et étant donnée qu'aucune stabilité de l'équipe ou du programme n'est prévue, la direction peut modifier les unités de travail et l'organigramme du C.L.S.C. sans contrainte. Cependant ces flexibilités, utilisées sans consultation et de manière autoritaire sont une source d'insécurité, de frustration et de démobilisation chez les salariés: dans un C.L.S.C., l'organigramme et la composition des unités de travail ont changé quatre fois en quatre ans, des postes ont été abolis ou transformés de sorte que ces changements incitaient davantage les salariés à adopter des formes de retrait plutôt que de s'impliquer dans leur travail. Paradoxalement, ces flexibilités peuvent donc produire des rigidités dans le fonctionnement général du C.L.S.C., en particulier sur la productivité du travail.

Du point de vue des directeurs généraux, les contraintes les plus souvent mentionnées concernent les horaires de travail, la sécurité d'emploi, l'ancienneté lors de l'ouverture de postes ou sur les listes de rappel. Toutes ces contraintes sont invoquées en regard de variations dans la demande du milieu et de difficultés de changer de programmes par l'abolition de poste en raison de la sécurité d'emploi au niveau national.

Il est difficile de s'appuyer sur les griefs pour vérifier la rigidité de la convention collective. Soulignons que les fusions et les abolitions de postes suscitent très peu de griefs; les plus nombreux concernent la cédule et les horaires de travail, les frais reliés à l'emploi, les vacances, puis l'affichage de poste, la nomination à un poste et le non-rappel-remplacement. En fait, les griefs sont davantage l'indice du climat des relations de travail, puisque en général dans l'ensemble du réseau 90 % des griefs sont réglés sans arbitrage et que 20 % des établissements sont responsables de 80 % des griefs: les griefs ne peuvent être réglés à l'amiable et servent de moyen de pression sur l'employeur là où les relations de travail sont détériorées.

C'est aussi ce que nous indique le relevé des griefs parmi les C.L.S.C. de notre recherche. Des deux (sur six) C.L.S.C. responsables de près de 80 % de tous les griefs, l'un a été mis en tutelle et l'autre a été scruté par un comité ministériel d'enquête. Ces deux mécanismes de normalisation ont achevé de briser les formes de participation des salariés, comme des usagers d'ailleurs, et ont contribué à renforcer la ligne hiérarchique et à mettre en selle une direction autoritaire.

En somme la convention collective est formellement rigide. Appliquée à la lettre, disent la plupart des directeurs généraux, elle pose d'énormes difficultés de fonctionnement et d'adaptation à la demande. Appliquée à la lettre signifie que la direction générale s'appuie exclusivement sur les droits de gérance alors qu'en contrepartie les salariés s'en tiennent ou sont refoulés à leur rôle d'exécutant et à une position défensive. Dans cette situation, les flexibilités même de la convention sont considérées par les salariés comme autant de possibilités d'arbitraires ou d'autoritarismes. Les tensions qui en résultent provoquent une grande insatisfaction, une démoralisation, un absentéisme élevé sinon l'épuisement professionnel (burn-out) et les démissions.

En revanche, si des mécanismes de consultation et de participation effective sont introduits, les arrangements locaux remplacent les griefs, les initiatives locales deviennent possibles et encouragées, le C.L.S.C. peut fonctionner et s'adapter. C'est comme si ces mécanismes préfiguraient les nouvelles formes que devront prendre les rapports de travail.

Enfin les rapports de travail établis centralement et portant sur les conditions de travail et de salaire ne peuvent que produire des effets de hiérarchisation et de classement entre les différentes catégories de personnel, d'où les conflits sont souvent axés sur le rattrapage des uns et le reclassement des autres. Ces luttes de classement banalisent en quelque sorte la diversité des intérêts "professionnels" à l'intérieur même des C.L.S.C. et qui ne peuvent être assumés par la convention collective. Cette diversité apparaît de façon éloquente dans les études de satisfaction et les entrevues en profondeur. Il n'est pas possible d'établir un lien direct entre cette diversité et la diversification des unités syndicales dans les C.L.S.C., mais il faudrait être attentif au renforcement, par exemple, du syndicalisme des infirmières et des autres professionnels de la santé. Car la centralisation des négociations échappe aux intervenants directement impliqués dans les pratiques professionnelles.

Le rapport salarial ayant éliminé des négociations l'organisation du travail et des services, puisqu'elle relève des droits de gérance, les préoccupations pour la qualification du travail et la qualité des services ne peuvent plus être véhiculées et prises en charge que par l'instauration de nouveaux mécanismes.

. <u>Programmation, pratiques déviantes et demande sociale</u>

Les rapports de travail ne sont pas sans relation avec les demandes ou les besoins du milieu; dans l'analyse des programmes, cette question a été au centre de la démarche.

- la santé scolaire

Le programme de santé scolaire est fortement marquée par son lieu d'origine; les DSC avaient mis au point un programme de santé publique que les infirmières, en raison peut-être de leur autonomie relative, n'ont à peu près pas modifié. Au niveau primaire, les interventions de prévention et de dépistage sont assez homogènes: immunisation, hygiène dentaire, dépistage auditif et visuel, maladies contagieuses, nutrition.

Au niveau secondaire, les interventions sont aussi marquées par leur origine de santé publique et consacrées surtout à l'information sur des thèmes communs aux réalités des jeunes: sexualité, contraception, MTS, toxicomanie, drogues, nutritions et non-violence. Cependant, les initiatives nouvelles et la diversité dans le rattachement organisationnel indiquent clairement une tension entre un programme traditionnel de santé publique en milieu scolaire et un programme d'intervention communautaire jeunesse centrée à la fois sur la réalité de l'école mais plus largement sur une problématique des jeunes, et incluant des ressources variées sinon multi-disciplinaires.

Les initiatives nouvelles se sont imposées devant les nouveaux défis sociaux que représente une jeunesse dont les contours sociologiques et démographiques ont radicalement évolué. Les problèmes de toxicomanie, de délinquance, de suicide, de santé mentale, de chômage et de pauvreté, de marginalisation et de dépendance ne peuvent être appréhendés par un programme de santé scolaire ni par la juxtaposition d'un programme jeunesse à celui des écoles. La sectorialisation en ce domaine empêcherait de voir des relations pourtant évidentes entre plusieurs de ces problèmes.

Cette perspective indique aussi la nécessité d'une meilleure coordination entre les ressources du C.L.S.C. et celles de l'école. Il arrive même que les interventions des infirmières soient menacées par des changements de programmes

ou des redéfinitions de contenu de cours. Les rapports inter-institutionnels seraient radicalement changés par la généralisation d'un contrat de service élaboré par les intervenants des C.L.S.C. et des écoles et géré par un comité conjoint. Les services élaborés conjointement éviteraient le décalage croissant entre les interventions et les réalités sociales, sans passer par les longs détours de négociations entre le ministère de l'Education et celui des Services Sociaux et de Santé (MSSS).

- **le maintien à domicile**

Le programme de maintien à domicile pourrait à lui seul faire la démonstration de l'inadéquation d'un programme national à la demande et aux besoins locaux et donc de la croissance des "déviances" qui permettent les ajustements nécessaires.

La plupart des directeurs généraux soutiennent qu'ils n'ont aucune autonomie dans la gestion de ce programme et que leur rôle se limite à celui d'exécutant. Ils s'appuient sur la précision du mandat qui leur est confié en ce qui concerne aussi bien les objectifs que les clientèles et les conditions d'admissibilité, et sur l'absence de discrétion que leur laisse un budget dit protégé. Au surplus, les CRSSS sont responsables du contrôle et de la surveillance de ce programme.

Or les services sont loin d'être uniformes dans les divers C.L.S.C., en particulier depuis l'alourdissement des clientèles reliées au vieillissement de la population et à la saturation des institutions connexes. Les uns accordent une priorité aux cas lourds et consacrent un nombre élevé d'heures par usager; alors que d'autres accueillent la plupart des demandes et réduisent le nombre d'heures attribué à chacun des usagers. Cette variation implique évidemment une différence de services et une transformation des pratiques professionnelles. Dans un C.L.S.C., presque la totalité du service est constituée uniquement de soins corporels, "comme dans une salle d'urgence", alors qu'ailleurs sont maintenues quelques tâches d'information, d'apprentissage à l'autonomie, d'aide à l'entretien ménager et à la préparation des repas. Il est paradoxal de constater que plus les services seront réduits aux soins corporels, plus l'institutionnalisation sera nécessaire pour la satisfaction des autres besoins.

La diversité des services est, mis à part les choix politiques locaux, rendue possible évidemment par les disponibilités budgétaires. Tous les C.L.S.C. font en effet un déficit avec ce programme, c'est-à-dire qu'ils doivent y injecter des sommes prises à même d'autres programmes ou d'économies sur les salaires (poste vacant par exemple). De plus, des ressources d'autres programmes sont utilisées, comme des organisateurs pour la formation de groupes d'entraide ou de bénévoles, ou des ressources professionnelles non prévues au programme.

On pourrait en conclure que si tous les programmes faisaient l'objet de budget protégé, il serait impossible de réaliser le mandat de maintien à domicile car les administrations locales ne pourraient pas alors combler le déficit. Il y a à parier que ce sont les programmes locaux qui subissent les effets de ces transferts.

- santé au travail

Le programme en santé au travail introduit une particularité dans les C.L.S.C.: il est entièrement défini par un contrat de sous-traitance avec la CSST. Cette relation de sous-traitance modifie la convention collective car les droits de gérance concernant cette unité de travail (catégories d'emploi, organisation de travail, définition des tâches) relèvent de la CSST. De plus la programmation est toute entière définie par des acteurs extérieurs et de surcroît fort bien organisés: le patronat et les syndicats.[3]

Sur le plan organisationnel, les principales tensions concernent le médecin responsable et la coordination de l'équipe de travail. Les C.L.S.C. ont réussi à infléchir l'esprit sinon les termes du contrat pour s'approprier la

---

3 Le fait que les relations entre le patronat et les syndicats soient retraduites dans le paritarisme n'est pas négligeable mais ne change pas, pour notre propos, la relation fondamentale.

coordination de l'unité de travail et constituer une équipe où le médecin se trouve intégré même s'il en reste officiellement le responsable. Cette relative autonomisation des équipes s'est accompagnée du déplacement de l'expertise, en ce qui concerne ce programme, des DSC vers les C.L.S.C., de sorte que les C.L.S.C. ont acquis une base qui devrait entraîner une reconnaissance plus grande de leur place non seulement dans la terminologie contractuelle mais dans les relations avec la CSST.

D'autant plus que le programme a été dessiné comme s'il existait dans toutes les entreprises un syndicat et un comité paritaire. Or leur absence dans la plupart des établissements non seulement entraîne de la part des équipes en santé au travail des stratégies diverses d'intervention, dont l'"éducation" des employeurs n'est pas la moindre tâche, mais aussi rend plus nécessaire leur présence et la transgression de leur mandat. Sans les rôles de suppléance, qu'elles ont effectivement dû remplir, il est à peine exagéré d'affirmer que les programmes de santé auraient eu peu d'efficacité; ces rôles devraient être reconnus et en conséquence les limites étroites de leur mandat devraient être élargies.

Les demandes elles-mêmes des usagers plaident aussi en faveur de l'extension de leur mandat. D'une part les comités paritaires comprennent mal les distinctions strictes faites entre santé, sécurité et salubrité appartenant à des juridictions différentes; d'autant plus que certains problèmes se laissent mal cataloguer dans l'une ou l'autre case. D'autre part, les équipes doivent refuser des demandes de services de la part d'employeurs dont les établissements n'appartiennent pas aux catégories prioritaires établies par la CSST.

Les intervenants sont unanimes à affirmer que le strict respect des termes du contrat aboutit à ne "produire que du papier"; la transgression est nécessaire pour rendre légitimes et utiles leurs interventions en santé au travail.

3. Tendances et recommandations

Nous avons vu que les C.L.S.C. avaient complètement changé de forme sous le double effet du passage des ententes locales (compromis socio-politique) à la convention collective nationale (rapport salarial), et du passage des rapports C.L.S.C.-territoire (rapport, communautaires) à des rapports Etat-catégorie sociale (rapports catégoriels de consommation). Puis nous avons observé les tensions et conflits que généraient ces rapports du point de vue des pratiques professionnelles des intervenants. Est-il possible de dégager des tendances lourdes qui détermineraient des changements dans les C.L.S.C. devenus à toutes fins pratiques des succursales?

. Tendances contradictoires

Du point de vue des rapports de travail, les deux problèmes les plus importants sont l'uniformité et la division stricte entre droits de gérance et exécution. L'uniformité sous l'emprise du modèle hospitalier suscite quelques irritants tels la parcellarisation des tâches et les conditions d'embauche. Cependant une plus grande autonomie de la convention collective des C.L.S.C. se heurte à une sécurité d'emploi dans l'ensemble du réseau des services sociaux et de la santé et donc aux équivalences pour les transferts ou les mobilités d'une institution à l'autre. Quant aux règles d'ancienneté mentionnées comme obstacle à la réorientation des programmes, il semble bien qu'elles ne soient pas insurmontables puisque les équipes en santé au travail, par exemple, ont été recrutées parmi le personnel des autres programmes.

La revendication la plus forte provient des droits de gérance exclusifs sur l'organisation du travail lorsque la direction s'y appuie pour imposer une gestion autoritaire. Indépendamment de la survivance de l'idéologie de la participation, l'absence de consultation et de mécanismes d'implication des salariés produit un effet de blocage du fonctionnement même du C.L.S.C. et de formes diverses de retrait de la part de professionnels alors réduits à une

attitude défensive de l'autonomie de leurs pratiques. De plus, l'absence d'implication sous une forme ou une autre accentue l'effet de classement et de division entre les catégories de professionnels, semi-professionnels et non-professionnels, là où précisément la qualité des services, de même que la satisfaction professionnelle, dépendent des échanges et de la communication. L'accumulation des griefs, dans ces C.L.S.C. est un bon indice d'une crise larvée des relations de travail. Cependant la crise n'est pas ouverte au sens où, peut-être à cause de la stabilisation récente des C.L.S.C., la convention collective comme telle ne semble pas remise en question. La "relocalisation" de la convention se bute à l'appartenance à l'ensemble du réseau.

Les tensions sont plus aigües dans les rapports de consommation car les tendances ici apparaissent nettement contradictoires. Les C.L.S.C. deviennent tendanciellement des sous-traitants dans la mesure où les populations-cibles se transforment en autant de catégories d'agents sociaux établissant des rapports directement avec l'Etat ou les agences centrales de décision (CSST, ministères). Si l'on fait l'hypothèse que cette tendance à des rapports catégoriels de consommation où se "négocient" les besoins, les demandes et les services va s'accentuer, non seulement le caractère succursale des C.L.S.C. va aussi se renforcer, mais certains éléments de sa structure deviennent inadéquats, en particulier le conseil d'administration et la représentation des usagers. Le C.L.S.C. est alors pour ainsi dire "délocalisé", et les problèmes qui en découlent, tant du point de vue de la gestion que des pratiques professionnelles elles-mêmes et de leur efficacité ont été longuement analysés: les décalages entre les programmes et les réalités sociales s'accentuent, la diversité des situations concrètes s'accommode difficilement de l'uniformité des règles du jeu.

Il est relativement facile de repérer les effets de cette tendance à la prédominance de ces rapports catégoriels. Si effectivement disparaît la capacité en termes de décision et de ressources de démarrer des inititives locales, tous les groupes sociaux qui ne réussissent pas à établir cette forme de rapports avec l'Etat seront laissés pour compte: tous les C.L.S.C. ont fait une longue liste de besoins et de demandes pressantes dans leurs milieux respectifs: violence, immigrés, communautés culturelles, sans-abri, jeunes, suicide, santé mentale, relations conjugales, sans-emploi, et la liste n'est pas exhaustive.

D'autre part, dans la mesure où beaucoup de programmes locaux mettaient l'accent sur l'autonomisation par la formation de groupes divers, c'est le développement même des ressources communautaires dont le rôle, non négligeable, est souvent complémentaire aux C.L.S.C. eux-mêmes, qui s'en trouvera compromis. Les rapports individuels de consommation, qui étaient en quelque sorte collectivisés par ces initiatives locales (par exemple dans le cas des victimes de violence), redeviendront prédominants et susciteront un accroissement des services sociaux et des services médicaux courants.

Mais existe-t-il des contre-tendances? Cette observation dépasse le cadre même de notre recherche, mais on peut faire l'hypothèse que la prédominance des rapports catégoriels suscitera davantage encore d'alternatives communautaires. En effet, le mouvement alternatif et communautaire, de désinstitutionnalisation et de réappropriation prendra de plus en plus d'importance à mesure que les programmes seront centralisés sous l'effet des rapports Etat-catégories sociales. Si ce mouvement s'accentue, il conduit au dualisme entre des services publics et des alternatives disponibles à des groupes bien particuliers de population. A moins que, à la rencontre du mouvement libéral de désétatisation, il se produise un compromis sur la responsabilité collective décentralisée.

. **Recommandations**

Il faut prendre acte des tendances et contre-tendances, et infléchir dans le sens de l'efficacité des services. Cette efficacité ne peut être obtenue que par l'activation des relations entre des structures différenciées ou des parties jusque-là isolées. Cette activation ou cette concertation au niveau le plus proche des relations avec les usagers-consommateurs est une condition essentielle à la décentralisation et surtout un frein à la tendance à la centralisation. Des mécanismes nouveaux sont à être inventés, nous en suggérons quelques-uns à titre d'exemple.

- pour le renouvellement du programme en santé scolaire, une concertation C.L.S.C. et écoles sur une problématique jeunesse;

- dans le domaine de la santé au travail, une concertation entre les équipes en santé d'une part et les autres intervenants d'autre part: comités de santé-sécurité paritaire des entreprises, syndicats locaux, associations sectorielles;

- dans le maintien à domicile, une concertation entre les C.L.S.C. et les centres d'accueil, les associations locales de personnes âgées, les cliniques d'urgence;

- l'établissement non pas d'un programme local par C.L.S.C. comme le suggère le Comité Brunet, mais d'une proportion de budget comme marge de manoeuvre pour maintenir les antennes auprès des groupes locaux, soutenir les ressources communautaires.

Dans le domaine des rapports de travail, il faut favoriser l'instauration de mécanismes de participation négociés localement. Il serait tout à fait contraire à l'efficacité des C.L.S.C. que puisse s'imposer une gestion autoritaire alors que la gestion participative s'appuie sur l'augmentation de la productivité dans le secteur privé. Nous n'avons pu analyser les effets de la Loi 37 et en particulier ses possibilités de décentraliser certains aspects de la négociation, ni mesurer l'attitude des parties face aux possibilités offertes.

En somme, il faut inventer des mécanismes pour que les échanges "sur le terrain" puissent satisfaire les exigences d'adaptation plutôt que de favoriser les appels aux instances supérieures respectives.

ANNEXE I

METHODOLOGIE

ANNEXE I

METHODOLOGIE

Comme Nous l'avons indiqué dans l'introduction, nous avons cherché à voir comment la convention collective comme forme de compromis entre la partie patronale et les travailleurs, et les programmes à la fois comme mandats du MSSS et comme formes de compromis entre les technocrates et les usagers (la demande sociale) pouvaient influer sur les formes organisationnelles (ex.: la structuration des services) et sur les pratiques professionnelles. Autrement dit, nous avons cherché à voir si la convention collective et les programmes "nationaux" ne pouvaient pas être des sources de rigidification au regard de la demande sociale.

La stratégie de recherche a reposé principalement sur deux techniques: l'analyse de documents (recherches déjà réalisées, conventions, griefs, énoncés de politique, programmes-cadre, etc.) et l'entrevue concernant aussi bien la transformation des formes organisationnelles et les pratiques professionnelles que la satisfaction des demandes. Les informations recueillies concernent parfois l'ensemble des C.L.S.C. (ex.: la convention collective et les programmes nationaux) et parfois les six (6) C.L.S.C. d'où proviennent la plupart de nos informateurs. Dans la mesure où les données étaient disponibles, nous avons comparé les informations recueillies dans les six C.L.S.C. avec celles concernant l'ensemble des C.L.S.C. de manière à identifier des tendances lourdes (ex.: les formes des compromis).

ANNEXE I (suite)

LA POPULATION ETUDIEE

	URBAIN		RURAL
	MONTREAL	PETITE VILLE	
ANCIEN	H-MAISONNEUVE (1973)	MILLE ILES (1975)	HUNTINGDON (1977)
RECENT	LA PETITE PATRIE (198)	VAUDREUIL (198)	BERTHIER (1981)

Pour mieux tenir compte de la diversité des C.L.S.C., nous avons retenu trois C.L.S.C. fondés avant 1980 et trois après; deux ruraux et quatre urbains dont deux de Montréal et deux de petites villes. Dans chacun de ces C.L.S.C., nous avons rencontré en entrevue:

- le directeur général
- le président du syndicat
- et au moins deux employés (infirmière, organisateur communautaire, auxiliaire familiale, médecin, coordonnatrice de programme).

Au total, nous avons fait plus de cinquante entrevues d'environ une heure et demie et avons rencontré pas moins d'une soixantaine de personnes différentes (voir le Tableau XIX Répartition des entrevues selon les C.L.S.C.).

Nous avons également étudié la Clinique de Pointe Saint-Charles pas tant pour y découvrir un modèle à imiter que comme cas témoin. En effet, dans cette clinique, la convention collective est négociée localement de sorte qu'il devient intéressant de comparer avec des institutions où elle est négociée à un niveau national pour voir si on y retrouve

ANNEXE I (suite)

ou non les mêmes rigidités. De plus, en raison du système de cogestion qui la caractérise, cette clinique a développé plus que les autres C.L.S.C. des programmes locaux. Il devenait ainsi intéressant de voir comment les programmes nationaux s'y inséraient.

Enfin, dans chacun de ces C.L.S.C.(y compris la Clinique de Pointe Saint-Charles), nous avons recueilli un certain nombre d'information à partir de la fiche d'entreprise. Cette fiche comprenait quatre sections:

1) une première d'identification: directeur, syndicat, etc.

2) une seconde sur l'organisation: le conseil d'administration, les membres, réunions, comités, etc.

3) une troisième sur la direction: le nombre de cadres, réunions, etc.

4) une quatrième sur l'administration: les ententes locales, les griefs, le nombre d'employés, les transferts de personnels, les budgets, etc.

De plus, dans chacun de ces C.L.S.C., nous avons recueilli toute la documentation disponible: rapports annuels, programmation, etc.

OPERATIONS DE RECHERCHE		
	6 CLSC + cas témoin	ENSEMBLE DES CLSC
1- Conventions collectives	. liste des griefs (fiche d'entreprise) . les ententes locales: liste et dossiers (ex.: arbitrages et jugements . entrevues de présidents de syndicat et de directeurs généraux . comparaison avec la Clinique de Pointe Saint-Charles (cas témoin)	. sondage: greffes des Affaires sociales . entrevues d'informateurs clé à la FCLSC . analyse longitudinale des conventions collectives (1976-1982)
2- Programmes nationaux et locaux	. entrevues de directeurs généraux, de coordonnatrices de programmes, d'auxiliaires familiales, d'infirmières (environ 50 entrevues) . fiches d'entreprise et dossier pour chacun des C.L.S.C.: données sur le personnel, les budgets, les transferts, etc. . comparaison avec la Clinique de Pointe Saint-Charles (cas témoin) . rapports annuels et autres documents	. identification des mandats, étude des lois, règlements, directives pour les programmes: - santé et sécurité au travail - maintien à domicile - santé scolaire . entrevues d'informateurs-clé du MSSS, du CSSSRMM de la FCLSC . recherches existantes réalisées par FCLSC, le MSSS, le CSSSRMM etc.

TABLEAU XIX: RÉPARTITION DES ENTREVUES SELON LES C.L.S.C.

POSTE/FONCTION	C.L.S.C. BERTHIER	C.L.S.C. H-MAISONNEUVE	C.L.S.C. HUNTINGDON	C.L.S.C. LA PTE PATRIE	C.L.S.C. MILLE-ILES	C.L.S.C. PRESQU'ILE	CLINIQUE PTE ST-CHARLES	AUTRE C.L.S.C.	AUTRES FAS, MSSS, FCLSC, ETC.	TOTAL
DIRECTEUR GENERAL	X	X	X	X	X	X	X	X		8
PRESIDENT DU SYNDICAT (OU MEMBRE EXECUTIF)	X	X	X	X-X	X	X-X	X-X			7 (10)
COORDONNATRICE/RESP.		X		X	X		X-X	X		5 (6)
AUXILIAIRE FAMILIALE	X	X				X-X	X-X			4 (6)
INFIRMIERES		X	X	X-X	X-X-X-X	X		X		6 (10)
ORGANISATEUR/TR.SOCIAL	X	X	X		X-X	X	X-X-X	X		7 (10)
MEDECIN		X			X	X	X			4
AUTRES		X							X-X-X X-X-X	7
TOTAL	4	8	4	4 (6)	6 (10)	6 (8)	6 (11)	4	5	48 (60)

A N N E X E II

LISTE ET CONTENU DES ENTENTES LOCALES

ANNEXE II

ENTENTES LOCALES: C.L.S.C. HOCHELAGA-MAISONNEUVE (1975)

A) Définition de postes et classification:

. préposée à l'accueil (paragraphe 1.01 du Mémoire);
. auxiliaire familiale (paragraphe 1.01 du Mémoire);
. assistance technique au service de santé (paragraphe 1.01 du Mémoire);
. secrétaire de service (paragraphe 1.01 du Mémoire);
. chauffeur-escorte (paragraphe 1.01 du Mémoire);
. travailleurs communautaires: DEC (paragraphe 1.01 du Mémoire);
. organisateurs communautaires et agents d'information (paragraphe 1.01 du Mémoire);
. éducateurs;
. non-perte de salaire pour 35 heures.

B) Avantages sociaux:

. congé annuel;
. congés fériés;
. libération pour perfectionnement;
. protection judiciaire;
. assurance responsabilité;
. consultation médicale;
. bénéfices supérieurs.

C) Relations de travail:

. liste de postes et unités de travail;
. changement d'unité pour le poste de X;
. liste de rappel (poste à remplacer et motifs);
. loi 36: les salariés siégeant au Conseil d'administration gardent leur statut de syndiqués;
. équipements syndicaux: tableaux, bureau, filières.

D) Divers:

. casier individuel;
. air climatisé;

ANNEXE II (suite)

ENTENTES LOCALES: C.L.S.C. HOCHELAGA-MAISONNEUVE (1976)

A) Définition de postes et classification:

. poste de travailleur social (O. Lachapelle).

B) Avantages sociaux:

. congé annuel (s'applique à tous les salariés) remplace articles 21.01, 21.02, 21.03, 21.04, 21.05, 21.06);
. congé pour déménagement (ajout à l'article 22) X2;
. assurance-responsabilité au frais de l'employeur (ajout à l'article 38.01);
. congés fériés (ajout à l'article 20.01);
. congés non motivés (ajout à l'article 22) X2;
. congé pour perfectionnement (articles 36.01 et 42.03);
. frais de scolarité payés par l'employeur;
. protection judiciaire;
. frais de déplacement.

C) Relations de travail:

. sécurité-santé: le médecin est au choix de l'employé;
. loi 36: les salariés membres du conseil d'administration conservent leur statut de syndiqués;
. services minimium pour certains jours fériés.

D) Divers:

. uniforme non requis;
. air climatisé;
. casier individuel (ajout à l'aticle 26);
. tableaux syndicaux (au lieu de l'article 8) filières (article 9.09), salle.

ANNEXE II (suite)

ENTENTES LOCALES: C.L.S.C. HUNTINGDON (1980)

A) Définition de poste:

. auxiliaire familiale communautaire (articles 27.10 et 27.11);
. secrétaire communautaire (articles 27.10 et 27.11);
. secrétaire médicale communautaire (articles 27.10 et 27.11);
. infirmière auxiliaire communautaire (articles 27.10 et 27.11);
. poste composé: préposé à l'entretien (articles 27.10 et 27.11);
. secrétaire-traductrice (acticles 27.10 et 27.11).

B) Avantages sociaux:

. congés sans solde (article 21.15);
. congé annuel;
. congés fériés déterminés annuellement par le Comité de relations de travail;
. formation;
. frais de déménagement;
. frais de garde.

C) Relations de travail:

. période problèmes (article 1);
. mesures disciplinaires (article 2);
. liberté d'action syndicale (article 9.08);
. sécurité-santé:le médecin étant au choix de l'employé;
. postes temporairement dépourvus de leur titulaire;
. tableau d'affichage syndical;
. Comité de relations de travail.

ANNEXE II (suite)

ENTENTES LOCALES: C.L.S.C. HUNTINGDON (1980) (suite)

D) Participation à la gestion:

- le supérieur immédiat signifie l'unité de travail (équipe) conformément au document Règlement de régie interne du Conseil d'administration;
- reconnaissance du droit de la direction en autant que compatible avec le Règlement de régie interne du Conseil d'administration;
- cogestion: les parties s'entendent pour utiliser les agents reliés à des postes cadres autre que le poste de directeur général, à des fins de services à la population;
- comité de sélection du personnel.

E) Divers liés au local:

- politique de tempête (en cas de tempête, le salarié ne perd pas son salaire);
- port d'attache et frais de déplacement;
- allocation de déplacement (kilométrage).

ANNEXE II (suite)

ENTENTES LOCALES: C.L.S.C. HUNTINGDON (1978)

A) Définition de poste, classification et échelle:

. définition de poste: auxiliaire familiale communautaire (article 30.01);

B) Avantages sociaux:

. liste des congés fériés (article 20);
. vacances annuelles (articles 21.01 et 10.03);
. accouchement (article 22.02);
. ajustement salarial pour auxiliaire familiale (article 30.01);
. frais de déménagement (annexe E).

C) Relations de travail:

. utilisation de la liste de rappel (ajout à 1.08);
. mesures disciplinaires et congédiement par le directeur avec consultation de l'équipe et du comité de coordination (article 5.06);
. registre des postes (article 13.06);
. formation d'un comité de relations de travail;
. période de probation (article 1.05).

D) Participation à la gestion:

. le "supérieur immédiat" signifie l'équipe et ce pour toute la convention collective provincial (articles 1.16 et 21.09 et 41.E);
. reconnaissance du "droit de gérance" en autant que compatible avec les dispositions des "Règlements de régie interne du Conseil d'administration" et des particularités de la convention collective des travailleurs du C.L.S.C. Huntingdon (article 4).

E) Divers liés au local (tempête, déplacement):

. surprime d'assurance automobile (article 39.10);
. kilométrage (article 40.01).

ANNEXE II (suite)

ENTENTES LOCALES: C.L.S.C. DES MILLE ILES (1975)

A) Définition de postes et classification:

. organisateur communautaire;
. travailleur communautaire (4 mai 1976);
. auxiliaire familiale (auxiliaire-familiale-travailleur de quartier en 1978).

B) Avantages sociaux:

. congé annuel: 20 jours après un an;
. congés fériés: 13 congés fériés payés;
. formation et perfectionnement: frais de scolarité remboursés et libération avec solde d'une demi-journée/semaine.

C) Relations de travail:

. horaire de travail: 35 heures/semaine;
. temps supplémentaire: taux et demi et possibilité de reprise en temps au même taux;
. remise du temps supplémentaire et possibilité d'accumulation (jusqu'à un maximum de 15 jours);
. comité de sélection: un membre du personnel syndiqué y siège.

ANNEXE II (suite)

ENTENTES LOCALES: C.L.S.C. DES MILLE ILES (1978)

A) Définition de postes et classification:

. auxiliaire familiale-travailleur de quartier (article 30.01 plus celle du travailleur de quartier).

B) Avantages sociaux:

. congés annuels: 20 jours après un an, ...;
. congés fériés: 13 congés dont 10 fixes;
. formation et perfectionnement: frais de scolarité payés par l'employeur, libération avec solde, etc.

C) Relation de travail:

. horaire de travail: 35 heures, pas plus d'un soir par semaine, etc.;
. temps supplémentaire: 1 1/2 et possibilité de remplacement en temps (remise);
. comité de sélection: un membre du personnel syndiqué siège à ce comité.

A N N E X E III

FICHES D'ENTREPRISE

ANNEXE III (suite)

FICHE D'ENTREPRISE

I. IDENTIFICATION

1. Nom _____

2. Adresse _____

3. Année de fondation _____

4. Points de services (s'il y a lieu)

a. _____

b. _____

c. _____

5. Directeur général:

a. Nom

b. Téléphone

6. Syndicat(s):

Nom du (de la) président(e)	Téléphone	Syndicat
a.		
b.		
c.		

ANNEXE III (suite)

7. Responsable du CCPC

Nom	No. de téléphone

ANNEXE III (suite)

II. ORGANISATION:

8. Composition du CA

Nom	Profession	En qualité de	Cochez membre de l'exécutif
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			

8a. Fréquence des réunions: _____

9. Nombre de participant(e)s

a. à la dernière réunion du CA _____

b. à l'avant-dernière réunion du CA _____

10. Depuis 1979, y a-t-il eu des élections contestées?

Si oui, expliquez _____

_____

_____

_____

_____

ANNEXE III (suite)

11. Comités consultatifs (actuellement existants) du C.A.

a. Comités permanents

Nom	Objet	Composition	Activité
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

b. Comités ad hoc

Nom	Objet	Composition	Activité
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

ANNEXE III (suite)

III. DIRECTION

12. Le nombre de cadres dans votre CLSC? _____

13. Précisez les divers postes de cadre:

Poste	Nombre	Entrée en fonction
a. DG		
b. Coordonnateur		
c.		
d.		
e.		
f.		

14. Fréquence des réunions: _____

15. Autre mode de regroupement de la direction dans son ensemble

_____

_____

_____

ANNEXE III (suite)

IV. ADMINISTRATION

16. Nombre d'ententes locales signées depuis 1976?

_____

17. Liste des ententes locales depuis 1976:

Titre	Année

18. Nombre de griefs

	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
a. réglé localement b. renvoyé au greffe des affaires sociales											

19. Nombre d'employé(e)s

	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
a. temps plein b. temps partiel c. T.P.O. d. liste de rappel											

ANNEXE III (suite)

20. Nombre d'employé(e)s par catégorie d'emploi

	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986

ANNEXE III (suite)

21. Transfert de personnel du DSC

Poste	Nombre				
	1982	1983	1984	1985	1986

21a. Transfert de personnel du CSS

Poste	Nombre				
	1982	1983	1984	1985	1986

ANNEXE III (suite)

22. BUDGET global, protégé, et total:

En $1000	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	198
BUDGET - total											
- global											
- protégé											

22a. BUDGET par secteur d'activités

	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	198
- santé											
- communautaire											
- social											
- administration											

- soins à domicile
-
-

ANNEXE III (suite)

27. Structure organisationnelle et organigramme

A N N E X E IV

DEVIS DE RECHERCHE

PRESENTE A LA

COMMISSION ROCHON

CADRE REGLEMENTAIRE ET FONCTIONNEMENT DES CLSC

Devis de recherche
présenté à la
Commission Rochon

par

Paul R. BELANGER (professeur)
et
Benoît LEVESQUE (professeur)

Université du Québec à Montréal
Juin 1986

RÉSUMÉ DU DEVIS

Titre: Cadre règlementaire et fonctionnement des CLSC

Problématique:

L'objectif de la recherche consiste à analyser les caractéristiques des conventions collectives et de la gestion par populations-cibles en tant que cadre règlementaire des CLSC, à en analyser les effets sur les formes d'organisation et les pratiques professionnelles. La perspective générale cherche à saisir si des effets de rigidité (ou de souplesse) empêchent (ou favorisent) la pénétration de la demande sociale dans les CLSC; en d'autres termes, ce cadre règlementaire entraîne-t-il une participation dépendante ou permet-il une participation active.

Méthodologie:

- Etude de documents (conventions, directives, règlements du MSSS, etc.) pour l'ensemble des CLSC.
- Etude de documents (griefs et ententes locales) dans six CLSC.
- Constitution d'une fiche "d'entreprise" pour chacun des six CLSC: budgets protégés, transferts de personnel, évaluation des catégories de personnel, transformation des formes organisationnelles, nouvelles demandes, etc. (Comparaison pour certains items avec les données disponibles pour l'ensemble des CLSC).
- Entrevues de nature informative (par rapport à la fiche) de 3 informateurs-clé dans chacun des six CLSC et d'au moins un informateur-clé à FCLSC, au MSSS et à la FAS (CSN).

Echéancier:

Un rapport d'étape sera présenté en octobre 1986 et le rapport final en février 1987.

Budget: $24,105.00

Equipe de recherche: Paul R. BELANGER et Benoît LEVESQUE, plus 2 professionnels de recherche (3 mois chacun).

CONVENTIONS COLLECTIVES, GESTION PAR POPULATIONS-CIBLES ET PRATIQUES PROFESSIONNELLES DANS LES CLSC

1- Objectif de la recherche

Sans perdre de vue leurs différences d'origine et d'application, nous proposons de considérer les conventions collectives (et les décrets y tenant lieu) de même que la gestion par populations-cibles (incluant les transferts de ressources et les nouvelles missions qui les accompagnent) comme un cadre réglementaire qui affecte les objectifs et l'organisation des pratiques professionnelles dans les CLSC.

L'objectif de la recherche consiste à caractériser ce cadre réglementaire et à analyser ses effets sur la capacité professionnelle collective des CLSC. La capacité professionnelle collective est définie ici non pas en termes financiers, ni de qualification-déqualification, ni de productivité, ni par comparaison à un idéal culturel ou un mythe d'origine, mais en termes de rigidité et/ou de souplesse par rapport aux demandes légitimes du milieu social environnant. Même si la légitimité renvoie ultimement aux valeurs, pressions et forces sociales, une demande sera considérée aux fins de la recherche comme légitime si elle est évaluée acceptable par les intervenants et/ou la direction.

2- Etat de la question 1: études d'ensemble

Les recherches sur les CLSC et les pratiques professionnelles qui y prévalent ont été relativement nombreuses au Québec. On ne peut ici

les résumer correctement et leur rendre justice mais il est utile de rappeler les principales tendances d'interprétation de même que les objectifs poursuivis.

La plus récente étude, celle suscitée par la Fédération des CLSC, recherche les conditions favorables à l'émergence de pratiques professionnelles d'excellence. Cette recherche définit un idéal-type que les auteurs appellent la culture organisationnelle des CLSC (on aurait pu parler de "l'esprit" des CLSC) caractérisée par l'approche communautaire, la transdisciplinarité, l'intégration du social et du médical ainsi que du préventif et du curatif; des pratiques professionnelles d'excellence, c'est-à-dire conformes à l'idéal-type, viennent illustrer leur caractère spécifique lorsqu'elles sont imprégnées de la mentalité CLSC (R. Poupart, J.J. Simard, J.P. Ouellet: 1986).

A l'opposé, une des premières études sur le système de santé prend pour objet les transformations d'ensemble du système socio-sanitaire au Québec, relie ces transformations à l'évolution des rapports sociaux capitalistes, et observe une marchandisation croissante de la santé de même que la pénétration du modèle industriel centralisé, productiviste, hiérarchique et tendantiellement tayloriste de division du travail dans le système de santé; les pratiques professionnelles s'en trouvent de plus en plus spécialisées, parcellisées, déqualifiées, favorisant la consommation individualisée de la marchandise-santé (M. Renaud: 1977).

Si certaines analyses ont mis l'accent sur la résistance des professionnels des services sociaux au contrôle accru sur leurs pratiques, en particulier en mobilisant les usagers pour soutenir leur influence à l'intérieur des CLSC (J. Godbout: 1983), plusieurs études ont plutôt montré l'emprise croissante de la technocratie (F. Lesemann: 1981) et la dépendance des usagers-ères. En imposant ses objectifs de rationalisation, ses techniques de gestion et ses mesures quantitatives de rendement, la technocratie étatique brise la résistance des professionnels, déqualifie le travail et gère les problèmes sociaux et de santé sur le mode de l'efficience en manipulant

les comportements et les valeurs, bref en programmant jusqu'aux modèles de vie sociale (G. Renaud: 1984). Il n'en fallait pas moins pour susciter le débat sur la décentralisation (A.P. Contandriopoulos: 1981) et alimenter le courant néo-libéral favorisant le retour au marché.

S'il nous était permis de simplifier, on pourrait avancer que ces études peuvent se rattacher à deux grandes tendances théoriques, mis à part le courant néo-libéral et tenant compte que certains auteurs ne se laissent identifier à une seule tendance.

D'un côté, l'analyse en termes d'économie politique met l'accent sur le développement des rapports capitalistes et sur les contraintes économiques et sociales médiatisées par l'Etat qui s'imposent à l'organisation du travail et aux pratiques professionnelles. De l'autre, dans une perspective culturaliste ou de mouvements sociaux, l'accent est mis sur la dépendance du consommateur ou de l'usager envers le système socio-sanitaire et le travail professionnel en particulier. On aura remarqué que les acteurs sociaux privilégiés sont différents selon la perspective: dans le premier cas la "résistance" provient des travailleurs, professionnels ou autres, et s'oppose au contrôle accru sur le travail, alors que dans le second elle est susceptible de provenir des usagers-consommateurs s'opposant à leur participation dépendante (P.R. Bélanger et M. Plamondon: 1983). On est ainsi placé au centre du débat sur le mouvement ouvrier-syndical et sur les nouveaux mouvements sociaux.

3- <u>Etat de la question 2:</u> le cadre règlementaire

En ce qui concerne plus spécifiquement le cadre règlementaire et les CLSC, les études sont pratiquement inexistantes. A notre grand étonnement, nous n'avons encore repéré aucune étude sur les effets des conventions collectives sur l'organisation du travail et les pratiques professionnelles. Cependant les études mentionnées plus haut semblent toutes converger pour conclure qu'un modèle industriel et tayloriste d'organisation du travail tend à s'implanter dans le système socio-sanitaire (C. Levasseur: 1980).

Or les recherches sur le régime de négociation collective prévalant dans les pays capitalistes avancés montrent que la convention collective représente un compromis entre les parties et que ce compromis a pris la forme particulière d'un échange entre des avantages monétaires contre la déqualification et la parcellisation des tâches (M. Aglietta: 1976). Le syndicalisme aurait monnayer la détérioration des conditions de travail. Si ces analyses s'appliquaient à la convention collective dans les services publics, il faudrait en conclure que là aussi la convention collective entérine l'organisation tayloriste du travail, avec la précision rigide des postes de travail qu'elle comporte (M.J. Piore: 1982). Il faudrait aussi conclure que la crise du travail, qui se manifeste entre autres par le refus du travail parcellaire et monotone (A. Gorz: 1973), caractérise aussi le système socio-sanitaire. Comme on le verra plus loin dans la problématique, nos hypothèses diffèrent sensiblement de ces analyses.

Quant à la gestion par populations-cibles, quelques recherches ont montré que ce mode de gestion entraînait non seulement une réorganisation des services à la population mais aussi une nouvelle organisation du travail et une transformation des pratiques professionnelles (F. Lesemann et G. Renaud: 1980). Ces études tendent à montrer que ce mode de gestion relève d'une administration technocratique qui s'assure ainsi une gestion du social plus efficace en intervenant sur les genres de vie, y compris par la participation (G. Renaud: 1984). Cependant, ces études sont consacrées uniquement à la Direction de Protection de la Jeunesse et aux Centres de Services Sociaux (CSS).

4- Problématique générale:

L'examen fait plus haut des deux perspectives théoriques qui ordonnent les analyses du système socio-sanitaire montrent que la pratique professionnelle est centrale: ou bien on analyse les déterminations qui les transforment et la résistance ouvrière ou bien on analyse les effets de dépendance qu'elle produit et la résistance des usagers. Notre problématique vise à construire des passerelles entre ces deux interprétations.

Nous voulons proposer que la pratique professionnelle dans les services publics est doublement déterminée (P.R. Bélanger et B. Lévesque: 1986): d'une part, elle l'est par les rapports sociaux capitalistes médiatisés par l'Etat, et à ce titre la pratique professionnelle est soumise aux contraintes de valorisation du capital de même qu'aux exigences de régulation du rapport salarial. Mais la pratique professionnelle est aussi déterminée par les rapports sociaux de consommation, c'est-à-dire par le rapport entre les formes de production de services et les populations usagères, et à ce titre elle est soumise aux contraintes imposées par les consommateurs, c'est-à-dire par la demande sociale pour tel ou tel type de service professionnel.

Si ces deux rapports se concentrent sur la pratique professionnelle, c'est que la modification dans les normes de production entraînent nécessairement une modification dans les normes de consommation. Par exemple, un travail artisanal exige des qualifications et des habiletés spécifiques, mais aussi fabrique un produit particularisé, personnalisé en quelque sorte adapté aux exigences du client, à ses normes de consommation; de même, un procès de travail tayloriste parcellise et déqualifie le travail, introduit un travail répétitif et monotone adéquat à un produit standardisé et banalisé de consommation de masse. En somme, la transformation d'une pratique professionnelle exige en même temps la transformation des habitudes et des comportements de consommation.

En d'autres termes, il est important de retenir que les contraintes socio-économiques qui dépossèdent les professionnels de leur savoir-faire en les spécialisant doivent en même temps déposséder les usagers non seulement de leurs capacités d'autonomie mais aussi de leurs habitudes, de leurs goûts, de leurs façons de consommer un service professionnel.

On pourrait relever, et à juste titre, que d'autres auteurs ont dit la même chose lorsqu'ils ont soutenu que le système de santé s'industrialisait en même temps que la santé elle-même devenait une marchandise. Mais notre proposition soude plus explicitement les deux moments de sorte qu'elle nous permet d'affirmer que la pratique professionnelle ne se transforme que si et seulement si la domination s'impose à la fois aux travailleurs et aux

usagers pour modifier à la fois les habitudes de travail et les habitudes de consommation. De plus, cette proposition permet d'assumer dans une même analyse les rapports sociaux de travail et les rapports sociaux de consommation, c'est-à-dire la résistance ouvrière et celle des nouveaux mouvements sociaux.

Plus spécifiquement encore, cette proposition générale nous permet d'avancer que la transformation de la pratique professionnelle ne sera possible que si l'intervention du consommateur, c'est-à-dire la demande sociale est faible. (Les économistes diraient qu'alors le producteur produit aussi, par le marketing ou autres conditionnements, sa propre demande). Ainsi nous faisons les hypothèses, qu'il faudra nuancer en l'explicitant: que si le modèle industriel d'organisation du travail n'a pas complètement pénétrer l'organisation des services collectifs (P.R. Bélanger: 1986) c'est que les usagers-consommateurs sont encore relativement actifs, que la demande s'exprime socialement c'est-à-dire de manière organisée; que cette activation de la demande est particulièrement présente dans les CLSC; que la dynamique de transformation échappe aux seuls rapports entre direction et professionnels;-que la principale tâche d'une gestion qui veut s'assurer un contrôle accru sur la pratique professionnelle est alors d'opérer une rupture avec la demande sociale c'est-à-dire de contrôler aussi la pénétration des groupes sociaux dans l'organisation, c'est-à-dire encore d'empêcher ou limiter la liaison entre groupes sociaux et praticiens professionnels.

5. Problématique spécifique

Les propositions et hypothèses que nous venons de suggérer ne servent que de toile de fond à notre recherche. En effet, il n'est nullement question ici d'analyser les rapports sociaux qui ont produit les conventions collectives (et le décret) ainsi que le modèle de gestion par populations-cibles. Nous les prenons comme cadre réglementaire déjà là.

Cependant, nous considérons les CLSC comme des lieux privilégiés où les contraintes institutionnelles et la demande sociale de usagers-consommateurs se condensent pour déterminer des formes d'organisations et les pratiques professionnelles. Notre question de recherche est donc de rechercher si la convention collective et la gestion par populations-cibles imposent des formes et des pratiques telles qu'elles limitent la capacité professionnelle collective des CLSC de recevoir des demandes individuelles et sociales, y compris celles qui sont activées par l'intervention sociale elle-même.

5.1 La convention collective

La convention collective codifie un compromis social et s'impose comme règles organisationnelles aux parties concernées. Ces règles concernent principalement les droits de gérance, le temps et la durée du travail, la définition des postes et les qualifications correspondantes, enfin la sécurité d'emploi, la mobilité et la formation. Une première analyse nous permettra de faire ressortir les caractéristiques de ces conventions collectives en nous servant du modèle industriel comme point de repère sans en faire une comparaison systématique. Il sera alors possible d'examiner les effets de ces conventions sur l'organisation du travail et les pratiques professionnelles; en effet, certains CLSC ont adopté une forme organisationnelle qui correspond au moins partiellement aux définitions de postes, comme par exemple les services communautaires.

Déjà à ce stade-ci nous rechercherons les ententes locales qui réalisent des aménagements plus proches, théoriquement, des pratiques quotidiennes. Ainsi des ententes ont été faites sur le temps de travail, les congés sans solde, les droits concernant les changements technologiques, le changement de titre d'emploi comme par exemple l'extension des ARH (agents de relations humaines), etc.

5.2 La gestion par populations-cibles

Le mode de gestion par populations-cibles a directement influencé les CLSC dans leur formes organisationnelles et ainsi dans les relations établies entre les diverses pratiques professionnelles. Après avoir caractérisé, à l'aide de la littérature, ce mode de gestion, ce sont les effets sur l'organisation du travail que nous rechercherons. En effet, certains CLSC ont "ajusté" complètement leurs services sur les populations-cibles: maintien à domicile , jeunes, etc. et intégré les diverses pratiques professionnelles à l'intérieur de chacun des services, faisant disparaître, par exemple, le service d'organisation communautaire en tant que service.

5.3 Le demande sociale

Même si l'analyse de la demande sociale n'est pas facile à réaliser, il nous apparaît nécessaire de nous centrer sur cet aspect du problème. La méthodologie plus loin indiquera les indices que nous avons élaborés. C'est lorsque cette analyse n'est pas réalisée, et le plus concrètement possible, que les visions idéalistes ou idéalisées de l'usager, des groupes populaires et des mouvements sociaux se forment; la critique des CLSC se forme alors à partir d'analyses abstraites sur la dépendance ou à partir d'une fétichisation de certaines groupes populaires ou à partir d'un mythe d'origine cristallisé dans une certaine culture organisationnelle.

A cet égard, il faut souligner que la demande sociale n'est pas statique, qu'elle-même se transforme, se spécifie, ou se précise, se renouvelle, ou encore a été relativement satisfaite; on peut retracer l'histoire du Québec à travers les thèmes tels les comités de citoyens, les comités de sauvegarde des emplois, les personnes âgées, le comité de santé-sécurité au travail, les maisons des jeunes, etc.

L'objectif ici est donc de repérer des demandes sociales réelles, autant celles qui ont été acceptées étant donné la souplesse de l'organisation que celles qui ont été refusées étant données la rigidité reliée en cadre réglementaire. Certains services ou certaines pratiques ont-ils ou ont-elles été abolis-es ou modifiés-ées?

Peut-on accepter d'accorder une aide professionnelle à un comité de développement économique du quartier si l'organisation est modelée sur les populations-cibles?

On peut ajouter ici que notre propre méthodologie doit être "souple" car le "terrain" nous apportera sûrement des surprises...

METHODOLOGIE

Comme indiqué précédemment, il s'agit de voir comment la convention collective (v.g. la définition des postes) et les mandats du MSSS (v.g. la gestion par population-cible) influent sur les formes organisationnelles (i.e. la structuration des services) et sur les pratiques professionnelles. Nous supposons que la convention aussi bien que les mandats du MSSS peuvent être des sources de rigidification. Cette dernière, de par les effets qu'elle a sur les formes organisationnelles et les pratiques professionnelles, influe également sur la demande individuelle et sociale qu'elle aura tendance à rendre dépendante plutôt qu'active. Il s'agit là moins d'hypothèses au sens strict que de pistes et de directions de recherche dont la problématique laisse bien voir qu'elles devraient être fructueuses.

La stratégie de recherche repose principalement sur deux techniques: l'analyse de documents (conventions, griefs, directives et règlements) et l'entrevue d'informateurs-clé concernant aussi bien la transformation des formes organisationnelles et les pratiques professionnelles que la satisfaction des demandes. Les informations recueillies concerneront parfois l'ensemble des CLSC (v.g. la convention et les directives du MSSS) et parfois les six (6) CLSC où travaillent nos informateurs-clé. Dans le cas de ces CLSC, nous constituerons une fiche "d'entreprise" qui permettra de comparer des données relativement homogènes. Cela dit, nous tenterons dans la mesure du possible (i.e. dans la mesure où les données seront disponibles à la Fédération des CLSC) de comparer les données recueillies dans les six (6) CLSC avec celles disponibles pour l'ensemble des CLSC (v.g. les enveloppes budgétaires pour programmes protégés).

LA POPULATION ETUDIEE

	URBAIN		RURAL
	MONTREAL	PETITE VILLE	
ANCIEN	H-Maisonneuve	Valleyfield	Bastican
RECENT	Ahuntsic	St-Jean d'I.	Berthier

Pour mieux tenir compte de la diversité des CLSC, nous avons retenu trois CLSC anciens et trois récents; deux ruraux et quatre urbains dont deux de Montréal et deux de petites villes. Dans chacun de ces CLSC, nous choisirons trois informateurs-clé: un membre de la direction (le DG dans la mesure du possible), un représentant du syndicat (président ou membre de l'exécutif) et un professionnel (membre du CCPC).

Pour nous, le CLSC ancien ne constitue pas un modèle idéal et le récent un pis-aller. En revanche, il nous apparaît important de tenir compte de l'histoire de chaque CLSC de même que de son environnement (rural ou urbain). Ces deux dimensions nous apparaissent significatives au regard, par exemple, des ententes locales et des griefs de même que de la gestion des demandes nouvelles.

Enfin, dans la mesure du possible (i.e. à partir des données disponibles parce que déjà constituées sous forme de banque de données ou de rapport annuel), nous comparerons les données recueillies sur ces six (6) CLSC avec celles disponibles pour l'ensemble des CLSC. (Nous l'indiquerons au passage).

RESUME DES OPERATIONS DE RECHERCHE

	6 CLSC	ENSEMBLE DES CLSC
1- CONVENTIONS COLLECTIVES		1) Analyse longitudinale: 1972-82. Etude de documents. 2) Comparaison avec Clinique de Pointe Saint-Charles. Etude de documents
	3) Etudes des ententes locales et griefs - documents - entrevues - fiche d'entreprise	[sondage: greffes des Affaires sociales]
2- MANDATS DU MSSS ET GESTION PAR POPULATION-CIBLE		1) Identification des mandats. Etudes des lois, règlements, directives.
	2) budgets protégés a) caractériser les formes organisationnelles b) les pratiques professionnelles: catégories de personnels - documents - entrevues - fiche d'entreprise	[si disponible]
	3) les transferts de personnels a) sur formes org. b) sur les pratiques professionnelles - documents - entrevues - fiche d'entreprise	[données sur personnels]
3- LES DEMANDES INDIVIDUELLES ET SOCIALES	Identification des demandes récentes non satisfaites et raisons - documents - entrevues - fiche d'entreprise	

OPERATIONNALISATION

Du point de vue de l'opérationnalisation, notre recherche peut être divisée en trois parties:

1ère PARTIE: CONVENTIONS COLLECTIVES, ENTENTES LOCALES ET GRIEFS

1) Analyse longitudale des conventions de 1972, 1976, 1979, 1982 (décret). A partir des dimensions suivantes:

- les droits de gérance,
- les définitions de postes et de juridiction,
- le temps et la durée du travail,
- la formation,la promotion et la sécurité d'emploi,

il s'agit de voir si la convention évolue dans le sens d'une rigidification au regard des formes organisationnelles (services) et des pratiques professionnelles (v.g. les ARH).

2) Analyse comparative des conventions de 1979 et 1982 avec celles de la Clinique populaire de Pointe Saint-Charles. La comparaison nous apparaît intéressante pour la bonne raison que, dans le cas de Pointe Saint-Charles, la négociation s'est faite exclusivement au niveau local alors que, dans les CLSC, la négociation locale fut pratiquement inexistante. Dans un cas comme dans l'autre, y retrouve-t-on les mêmes tendances à la rigidification quant aux dimensions déjà identifiées.

3) Ententes locales et griefs depuis 1979 dans les 6 CLSC où le représentant de la direction et du syndicat seront des informateurs-clé. Les ententes locales sont pour nous des indices d'aménagement plus conformes de la convention aux rapports quotidiens, aux pratiques professionnelles et à la demande sociale (à vérifier).

Il s'agira de classifier ces ententes pour voir quelle proportion porte sur les définitions de postes, le temps et la durée de travail, la sécurité d'emploi, etc...

De même, les griefs dans les six CLSC constituent un indice de l'inadéquation des rapports réels de travail et de la convention. De plus, dans la mesure où les données seront facilement accessibles, nous comparerons les résultats obtenus dans les six CLSC avec ceux obtenus d'une analyse des griefs de l'ensemble des CLSC (70% de ces griefs sont déposés aux greffes des Affaires sociales).

2ère PARTIE: LES MANDATS ET GESTION PAR POPULATION-CIBLE DU MSSS.

Deux ensembles de législations et de directives viennent préciser les objectifs et les modalités d'intervention dans les CLSC. A partir surtout de 1977, un premier ensemble introduit une gestion par populations-cibles (jeunesse, maintien à domicile des personnes âgées, petite enfance, etc...). Au début des années '80, on assiste à des transferts de ressources provenant des DSC et des CSS vers les CLSC.

1) Dans un premier temps, nous procéderons à une lecture seconde des législations, directives, règlements et procédures concernant les CLSC pour y retenir ce qui concerne les formes organisationnelles, les pratiques professionnelles et les demandes sociales et individuelles.

2) Dans les six CLSC, nous tenterons de voir comment la gestion par populations-cibles et les budgets protégés influent sur la structuration des services et sur les pratiques professionnelles.

Pour ce faire, nous procéderons en trois étapes:

a) La documentation disponible dans les six CLSC et nos informateurs-clés nous permettront de caractériser la forme organisationnelle, i.e. la façon dont les services sont structurés, les programmes regroupés et les équipes formées.

b) En ce qui concerne les pratiques professionnelles, nous analyserons l'évolution des catégories professionnelles au 31 décembre depuis 1979 et accorderons une attention particulière à l'évolution de la catégorie agent de relations humaines (ARH). A nouveau, si l'information est facilement accessible, nous pourrons établir des comparaisons avec l'ensemble des CLSC.

c) La proportion budgets protégés/budget total dans nos six CLSC fournira un indice de la marge de manoeuvre de l'institution au regard de la structuration des services et de la prise en charge de demandes non ciblées. Les rapports annuels dans les six CLSC de même que nos informateurs-clé nous permettront de cerner cette dimension.

3) Les transferts de personnels des DSC et CSS vers les CLSC sont dans une mesure des transferts de programmes. Dans les six CLSC retenus, nous mesurons l'importance de ces transferts en terme de personnel (rapport au personnel total) et essayerons de voir comment ceux-ci ont pu influer sur la structuration des services (la forme organisationnelle) et, secondairement, sur les pratiques professionnelles, les associations disciplinaires dans les équipes et les programmes.

3ème PARTIE: LES DEMANDES SOCIALES ET INDIVIDUELLES

La question principale est de savoir jusqu'où les rigidités engendrées par la convention collective et les mandats du MSSS rendent la demande plutôt dépendante qu'active. Il n'est évidemment pas facile de répondre à une question aussi générale. Aussi, à partir de nos informateurs-clé, nous tenterons de savoir pourquoi certaines nouvelles récentes n'ont pas été satisfaites:

a) Parce qu'elles n'entraient pas dans les populations-cibles, dans les budgets protégés (dans les mandats du MSSS)?

b) Parce que la convention collective (la définition des tâches, les temps de travail, etc...) ont empêché d'y répondre?

Nous ne pourrons fournir des éléments de réponses à ces questions que dans les six CLSC à partir des informations que nous fournirons à nos informateurs-clés. Avant de poser ces deux questions, nous prendrons soin d'identifier, parmi les nouvelles demandes, celles qui n'ont pas été satisfaites au cours des trois dernières années. De plus, un examen de la littérature sur les groupes de services alternatifs dans le socio-sanitaire devrait nous permettre d'identifier des demandes individuelles et sociales qui n'ont pas été satisfaites par les CLSC même si ceux-ci auraient pu le faire. Ainsi, nous aurons deux moyens (revue de littérature et informateurs-clé) pour identifier les demandes récentes non satisfaites.

ECHÉANCIER

- Mise au point des instruments (juin)

  a) grille de lecture des conventions

  b) grille de lecture des lois, directives (mandats)

  c) schéma d'entrevue des informateurs-clé

  d) fiche "d'entreprise": budgets protégés, transfert de personnel, transformation des services, nouvelle demande, etc.

- Cueillette de l'information (juillet-septembre)

  a) les conventions (1972-82)

  b) ententes locales, griefs dans les 6 CLSC

  c) griefs aux greffes des Affaires sociales

  d) budgets dans les 6 CLSC

  e) évolution des postes professionnels et semi-professionnels dans les 6 CLSC

  f) les transferts de personnels dans les 6 CLSC

  g) identification des demandes récentes non satisfaites dans les 6 CLSC

  h) relevé de littérature

- Analyse et première rédaction (octobre-janvier)

  . rapport d'étape en octobre

- Rapport final (février 1987).

BIBLIOGRAPHIES

BIBLIOGRAPHIES

1- Bibliographie générale

2- Aspects juridiques

3- Santé scolaire

4- Santé-sécurité au travail

5- Services à domicile

1. Bibliographie générale

Documents consultés

AGLIETTA, M. Régulation et crise du capitalisme, Paris, Calmann-Levy, 1976.

AXINN, J. et H. LEVIN. Social Welfare - A History of the American Response to Need, New York, Dodd, Mead an Co., 1975.

BELANGER, J.-P. "Les CLSC, un défi de taille", Perception, Vol. 7, no 3, (janvier-février 1984), pp. 22-25.

BELANGER, PAUL R., LEVESQUE, Benoît, Cadre réglementaire et fonctionnement des CLSC, Devis de recherche présenté à la Commission Rochon, département de sociologie, UQAM, juin 1986.

BELANGER, PAUL R., LEVESQUE, Benoît, BERTRAND, Yves, LEBEL, Francine, "La bureaucratie contre la participation" Montréal, département de sociologie, UQAM, 1986, Rapport de recherche.

BELANGER, PAUL R. et M. PLAMONDON, Les groupes d'intervention en santé: répertoire sélectif et principales caractéristiques, Montréal, UQAM, 1985.

BELANGER, P.R. et M. PLAMONDON, "Usagers et travailleurs de la santé: hypothèses de recherche", Actes du colloque sur la recherche sociale, Québec, CQRS, 1983.

BLAIN, Gilbert (Sous le dir.). La réforme des affaires sociales au Québec, 1970-1980, Montréal, Les Editions Administration et santé, 1980.

BRAVERMAN, Harry, Travail et capitalisme monopoliste, Paris, François Maspero, 1976.

C.L.S.C. Rapport financier

C.L.S.C. BERTHIER, Rapport annuel 1985-1986

C.L.S.C. HUNTINDGON, Rapport annuel 1985-1986

C.L.S.C. LA PETITE PATRIE, Rapport annuel 1985-1986

C.L.S.C. LA PRESQU'ILE, Rapport annuel 1985-1986

1. Bibliographie générale (suite)

CONTANDRIOPOULOUS, A.P. (Sous le dir.). La décentralisation dans le domaine des affaires sociales, Montréal, Les Editions administration et santé, 1981.

COT, J.R. et MARIMER, J.P., Pour une sociologie politique tome 2, Paris, Seuil, 1974, pp. 83-91

DANDURAND, Pierre, Situation de la formation professionnelle au Québec, communication pourle Colloque: Les jeunes dans la société contemporaine, Institut québécois de la recherche sur la culture, octobre 1981.

FEDERATION DES CLSC DU QUEBEC, Le développement des services sociaux locaux: un nouveau mode d'organisation de distribution des services, Montréal, FCESCQ, 1983.

FCLSC, Les C.L.S.C. face aux enjeux des années '90, Mémoire présenté au ministre de la santé et des services sociaux, Montréal, FCLSC, février 1986.

FCLSC, Le C.L.S.C. de demain: véritable instance locale, Mémoire présenté à la commission d'étude sur l'avenir des municipalités, Montréal, FCLSC, juin 1986.

FCLSC, Pour le développement d'une accessibilité spécifique aux CLSC du Québec, Montréal, FCLSC, octobre 1985.

FCLSC, Le CLSC: de la porte d'entrée à l'instance locale? texte de réflexion en vue de préparer le projet de mémoire de la FCLSC à la Commission Parizeau, Montréal, FCLSC, mars 1986.

FREYSSENET, Michel, La division capitaliste du travail, Paris, Savelli, 1977.

GAUTHIER, H. Naissance et enfance d'une organisation participative: monographie des dix premières années d'un C.L.S.C., Québec, Thèse de doctorat (Université Laval), 1985.

GODBOUT, Jacques, La participation contre la démocratie, Montréal, Ed. Saint-Martin, 1983.

GODBOUT, Jacques, La participation contre la démocratie, Montréal, Saint-Martin.

1. Bibliographie générale (suite)

GODBOUT, Jacques, La démocratie des usagers, Montréal, Saint-Martin, 198 .

GODBOUT, J. et N. MARTIN, Participation et innovation: l'implantation des CLSC et les organismes communautaires autonomes, Montréal, INRS-Urbanisation, 1974.

GORZ, André (Ed.) Critique de la division du travail, Paris Seuil, 1973.

GOUVERNEMENT DU QUEBEC, Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, Québec, L'Editeur officiel, vol. 6, "Les services sociaux", 1972; vol. 7, "Les professions", 1972 (Rapport Castonguay-Nepveu).

GOUVERNEMENT DU QUEBEC, Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, Québec, 1970-72.

GOUVERNEMENT DU QUEBEC, Le partage des responsabilités C.S.S. - C.L.S.C. en matière de services sociaux, Québec, L'Editeur officiel, 1984.

GOUVERNEMENT DU QUEBEC, L'évolution du professionnalisme au Québec, Québec, L'Editeur officiel, 1976.

GOUVERNEMENT DU QUEBEC, Loi sur le ministère des affaires sociales, (1970), L.R.Q., 1977, chap. M-23.

GOUVERNEMENT DU QUEBEC, Loi sur le Conseil des affaires sociales et de la famille (1970), L.R.Q., 1977, chap. C-57.

GOUVERNEMENT DU QUEBEC, La loi sur les services de santé et les services sociaux, (1971), L.R.Q., 1977, chap. S-5.

GOUVERNEMENT DU QUEBEC, Loi sur la protection de la jeuneesse (1977), L.R.Q., 1977, chap. P-34.

GOUVERNEMENT DU QUEBEC, Code des professions (1973), L.R.Q., 1977, chap. C-26.

GUILLEMARD, A.M., La vieillesse et l'Etat, Paris, PUF, 1980.

ILLICH, I., Némésis médicale, l'expropriation de la santé, Paris, Seuil, 1975.

1. Bibliographie générale (suite)

JACQUES, J. et M. PAQUIN, Le budget de programme: un outil moderne de gestion, Québec, L'Editeur officiel, 1977.

JOHNSON, Terence J. Professions and Power, London and Basingstoke, The Macmillan Press Ltd., 1972.

LAFOREST, M. et B. REDJEB, Le service social dans les C.S.S. au Québec: une double réalité, Québec, Ecole de service social, Université Laval, 1983.

LAFOREST, M. et B. REDJER, "Analyse de l'intervention technocratique dans les services sociaux", Revue canadienne de service social, Ottawa, ACESS, 1983.

LAURENDEAU, France, "Dégradation du travail et professionnalisme", ACSALF., Travailler au Québec, Montréal, Ed. Saint-Martin, 1981, pp. 259-273.

LEMIEUX, Vincent et LABRIE, Pierre, "Le système gouvernétique des CLSC" en recherches sociographiques, xx. 2, 1979.

LESEMANN, F. Du pain et des services, Montréal, Ed. Saint-Martin, 1981.

LESEMANN, F., "Centre locaux de services communautaires: dix ans de réforme socio-sénitaire au Québec", International Review of Community Development, Nos 37-38 (1977).

LESEMANN, F. et B. RENAUD, "Loi 24 et transformation des pratiques professionnelles en service social", Intervention, No 58 (1980).

LEVESQUE, B. et Y. VAILLANCOURT, "La participation des usagers, un nouveau pouvoir pour une sociiété nouvelle?, in Service social, Vol. 33, no 1. (1984).

LIPIETZ, Alain, Accumulation, crises et sorties de crise; quelques réflexions méthodologiques autour de la notion de régulation, Paris, Cepremap, No 8409, 1984.

1. Bibliographie générale (suite)

MAS, Position du ministère des Affaires Sociales suite au rapport du Comité d'étude sur la réadaptation des enfants et adolescents placés en centre d'accueil (par Claude Forget, ministère des Affaires Sociales), Québec, 1976.

MAS, Le ministère des Affaires Sociales et les femmes âgées, Québec, mars 1977.

MAS, Les Services à domicile, politique du ministère des Affaires Sociales, Québec, novembre 1979.

MAS, Les affairs sociales au Québec, Québec, août 1980.

MAS, Le réseau des CLSC au Québec: un parachèvement s'impose. Politique du ministère des Affaires Sociales, Québec, MAS, avril 1981.

MAS, Cadre relatif au partage des responsabilité CSS-CLSC en matière de services sociaux, Québec, décembre 1983.

MAS, Le système de santé et des services sociaux au Québec, Québec, Direction des communication, 1985.

MAS, Le système de santé et des services sociaux au Québec. Annexe statistique, Québec, Direction des communication, 1985.

McKNIGHT, John, "Le professionnalisme dans les services: un secours abrutissant", Sociologie et sociétés, vol. 9, no 1, (1977).

MELUCCI, A., Mouvements sociaux, mouvements post-politiques en RIAC, nos 10-50, pp. 15-20.

OUVRAGE COLLECTIF, "Eléments d'histoire du service social au Québec", in Intervention, Montréal, Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, juillet 1984, no 69.

OUVRAGE COLLECTIF, "La gestion des services de santé et de bien-être au Québec", in Service social, Québec, P.U.L., 1982, vol. 31, no 1.

1. Bibliographie générale (suite)

PARENTAUX, Fernand, Historique, actualité et avenir des CLSC, Mémoire présenté à la Commission Rochon, 1986.

PERRON, Jules, Administration sociale et service sociaux, Chicoutimi, Gaëtan Morin, 1986.

POULIN, M. et TANGUAY, M., Bibliographie dans le domaine de la gestion de services sociaux, (1970-80), Québec, Laboratoire de recherche, Ecole de service social, Université Laval, 1981.

POUPART, R. SIMARD, J.-J. et J.P. OULLET, La création d'une culture organisationnelle: le cas des CLSC, Montréal, FCLSC, 1986.

RENAUD, Gilbert, L'éclatement de la profession en service social, Montréal, Ed. Saint-Martin, 1978.

RENAUD, G., A l'ombre du rationalisme. La société québécoise de sa dépendance à sa quotidienneté, Montréal, Ed. Saint-Martin, 1984.

RENAUD, Marc, "Les réformes québécoises de la santé ou les aventures d'un Etat narcissique", L. Bozzini et Al. Médecine et société, Montréal, Saint-Martin, 1981.

RENAUD Marc, et Al., "Milieu de travail et activité de prescription" Communication présentée à l'ASPP, octobre 1978.

Revue internationale d'action communautaire, (RIAC), no 7147 (1982), Table ronde sur les conditions de la pratique dans les CSS et les CLSC.

RIDDELL, W.C., Les relations de travail au Canada, vol 16 des études préparées pour la Commission royale sur l'Union économique et les perspectives de développement du Canada, Ottawa, Approvisionnements et Services Canada, 1985.

ROUSSEAU, Jacqeus, "La représentaton professionnelle: l'exemple des travailleurs sociaux québécois" in ACSALF. Travailler au Québec, Montréal, Ed. Saint-Martin, 1981, pp. 283-290.

1. Bibliographie générale (suite)

Santé mentale au Québec, "Santé mentale et travail", Vol. X, no 2 (novembre 1985).

TABLE RONDE: "Les centre locaux des services communautaire et de la santé," in Revue Internationale d'action communautaire, 1/41, printemps 1979.

TABLE RONDE: "Centres locaux des services communautaires où en sont les pratiques sociales", in Revue Internationale d'action communautaire, 7/41, printemps 1982.

TOURAINE, Alain, "Les nouveaux conflits sociaux", in Sociologie du travail, no 1/75, pp. 1-17.

2. Aspects juridiques

BERNATCHEZ, Jean-Claude. Les droits de la direction sur la main-d'oeuvre syndiquée, in Administration hospitalière et sociale, Vol. XXVIII, 1984.

BOURDON, Pierre. (directeur général du C.L.S.C. Hochelaga-Maisonneuve), Lettre au syndicat, 29 septembre 1986.

CLINIQUE COMMUNAUTAIRE DE POINTE SAINT-CHARLES. Convention collective, juin 1985.

C.L.S.C. HUNTINGDON. Ententes locales, 1980, article 20.

C.L.S.C. HUNTINGDON. Ententes locales, 1980, article 22.

DION, Gérard. Dictionnaire canadien des relations de travail, Québec, P.U.L.

F.C.L.S.C. Guide d'interprétation des conventions collectives 1983-85, CSN.

GOUVERNEMENT DU QUEBEC. Règlements adoptés en vertu de la loi sur les services de santé et les services sociaux, 14 mai 1986.

GOUVERNEMENT DU QUEBEC. Loi sur services de santé et les services sociaux, Chapitre 5.5 - Section I, dispositions générales, 1 mars 1985.

GRIEFFE des tribunaux d'arbitrage des Affaires Sociales. Rapport d'activités 1983-84, Montréal, août 1984: Rapport d'activités 1984-85, Montréal, octobre 1985.

LAROSE, Gérald. Lettre à Michel Lemay, Comité des relation de travail du C.L.S.C. Hochelaga-Maisonneuve, 16 février 1977.

LUPIEN, Philippe. (directeur général de la F.C.L.S.C.) Lettre à D. Lazure, ministre du MAS, 2 mars 1977.

ROY, Louis. (syndicat des employés du C.L.S.C. Hochelaga-Maisonneuve), Lettre à Lise Payette et A Robert Burns, 24 juin 1978.

Syndicat des travailleurs du C.L.S.C. des Mille Iles. Bilan des 15 mois de grève.

3. Santé - Scolaire

C.L.S.C. - LA PRESQU'ILE. "Contrat de services 1986-1989 entre la commission scolaire et le C.L.S.C. La Presqu'Ile, Montréal, 1987.

C.L.S.C. - LA PETITE PATRIE. "Programme Santé Scolaire, département de santé communautaire Hôpital Saint-Luc, Montréal.

C.L.S.C. - LA PETITE PATRIE. "Plan d'action 1986-1987, Secteur Pointe Saint-Charles, Programme Santé Scolaire Primaire.

C.L.S.C. - LA PETITE PATRIE. "Plan d'action 1986-1987, Programme de santé scolaire secondaire.

C.L.S.C. - LA PETITE PATRIE. "Contrat de services professionnels entre la commission et le C.L.S.C.

LAUZON, Normand. Etat de situation sur le programme de santé scolaire appliqué par les C.L.S.C. et équipes de services de première ligne dans la région de Montréal Métropolitain, CSSSRMM, 26 mai 1986.

4. Santé - Sécurité au travail

C.S.S.T. Rapport annuel 1980, Editeur officiel du Québec, 1981.

C.S.S.T. Rapport annuel 1985, Editeur officiel du Québec, 1986.

C.S.S.T. Le programme de prévention en cinq étapes, Guide no 8, 1985.

C.S.S.T. Contrat type, juillet 1981.

C.S.S.T. Contrat spécifique entre la CSST et un CH-DSC, S.D.

D.S.C.-F.C.L.S.C. Contrat de services entre les CH désignés et les C.L.S.C., avril 1982.

D.S.C.-C.L.S.C. Contrat de services entre l'hôpital X et le C.L.S.C. Y, juin 1983.

C.H.-D.S.C. Recommandations proposées par le comité de planification de dossiers techniques concernant le contrat CH-DSC-CSST, août 1986.

C.H.-D.S.C. Guide d'évaluation de la mise en application du programme de santé spécifique, Vol. I et Vol. II, Comité provincial des Ch-DSC en santé au travail.

D.S.C. de l'Hôpital Sacré-Coeur de Montréal et D.S.C. Cité de la santé de Laval, Sondage en santé et sécurité au travail, janvier 1987.

F.C.L.S.C. Mémoire concernant le projet de loi 17: loi sur la santé et la sécurité du travail, août 1979.

F.C.L.S.C Les C.L.S.C. et la loi 17 sur la santé et la sécurité du travail, novembre 1980.

F.C.L.S.C. Guide préparatoire à une interventon CLSC en santé sécurité du travail, novembre 1982.

4. Santé - Sécurité au travail (suite)

F.C.L.S.C. Démarche-type d'implantation d'un programme de santé spécifique en santé-sécurité du travail, janvier 1984.

F.C.L.S.C. Portrait bilan en santé-sécurité du travail, mai 1985.

F.C.L.S.C. Programme santé et sécurité du travail. Document préparatoire à la rencontre du 6 décembre 1986, D.S.A.R.H., novembre 1986.

F.C.L.S.C.Q. Séminaire sur l'intervention C.L.S.C. en santé-sécurité du travail, décembre 1982.

F.C.L.S.C.Q. Outils développés par les C.L.S.C. dans le cadre du programme santé-sécurité du travail, janvier 1985.

M.A.S. Implications de la loi sur la santé etla sécurité du travail sur les fonctions du MAS et de son réseau, avril 1980 (circulaire 1980-31).

M.A.S. Politique-cadre d'administration de services de santé au travail de première ligne, août 1982 (circulaire 1982-094).

M.A.S. Etat de situation sur l'élaboration de programmes de santé spécifique des établissements des groupes I et II, février 1985.

M.A.S. Etat de situation au 31 décembre 1984. Elaboration des programmes de santé au travail, avril 1985.

SORECOM INC., Etude auprès des clientèles de la C.S.S.T. Vol. I, II et III, février 1987.

TABLE INTER-CLSC, Changements positifs observés dans des établissements des groupes I et II après trois ans d'intervention des équipes santé au travail de CLSC, Région de Montréal, Document de travail, février 1987.

5. Les services à domicile

A.H.P.Q. Conférences prononcées à la session d'étude consacrée aux services coordonnés des soins à domicile. Québec, Association des Hôpitaux de la P.Q., 1967.

ALLARD, Pierre. L'agence coopérative d'auxiliaires familiales de Montréal, Etude de cas, Montréal, Groupe Conseil des Coopératives de travail de Montréal-Laval, 1986.

BEAUCHAMP, Gilles. Allocation de services d'auxiliaires familiales. Rapport d'analyse du fichier, 1985-86. (C.L.S.C. Hochelaga-Maisonneuve). Montréal, 1986.

BELAND, François. L'évaluation de la politique des services à domicile du ministère des Affaires Sociales. Etudes de cas, Québec, MAS, 1982, 43 pp.

BELAND, François. Méthodologie pour l'évaluation de programmes socio-sanitaires: le cas des services à domicile pour personnes âgées, Québec, Laboratoire de recherches sociologique (Université Laval), 1980.

CIRCAS (Pour le C.L.S.C. Hochelaga-Maisonneuve). Traitement de données des fiches d'allocation de services des auxiliaires familiales, Montréal, novembre 1986.

C.L.S.C. Berthier. Programme-cadre des services de maintien à domicile, Berthier, juin 1985.

C.L.S.C. Hochelaga-Maisonneuve. Projet de programme complet de maintien à domicile de personnes âgées, Montréal, Document présenté au MAS, mai 1975.

C.L.S.C. La Petite Patrie. Plan de développement du maintien à domicile, Montréal, 30 septembre 1985.

5. Les services à domicile (suite)

C.S.S.S.R.M.M. (Comité de MAD), Services à domicile dans la région 06 A. Elément du système de santé et des services sociaux à développer en priorité, Montréal, 1986, 61 pp.

C.S.S.S.R.M.M. Pour un programme-cadre de maintien à domicile. Programme communautaire de services à domicile axés sur le support à l'autonomie, Montréal, CSSSRMM, 1983.

F.C.L.S.C. Le maintien à domicile dans les C.L.S.C. Cahier 1: Synthèse générale, Montréal, F.C.L.S.C., 1982, 57 pp.

F.C.L.S.C. Le maintien à domicile dans les C.L.S.C., Cahier 2: L'importance de l'organiation des programmes de maintien à domicile, Montréal, FCLSC, 1982, 36 pp.

F.C.L.S.C. Le maintien à domici'e dans les C.L.S.C., Cahier 3: Le maintien à domicile: comparaison avec les aatres programmes des CLSC, Montréal, FCLSC, 1982, 52 pp.

F.C.L.S.C. Le maintien à domicile dans les C.L.S.C., Cahier 4: Les différentes clientèles de maintien à domicile, Montréal, F.C.L.S.C., 1982, 32 pp.

F.C.L.S.C. Le maintien à domicile dans les C.L.S.C., Cahier 5: Les raisons d'intervention des différentes clientèles de maintien à domicile, Montréal, F.C.L.S.C., 1982, 74 pp.

F.C.L.S.C. Le maintien à domicile dans les C.L.S.C.. Cahier 6: Rôles et actions des intervenants en matière de maintien à domicile, Montréal, F.C.L.S.C., 1982, 98 pp.

F.C.L.S.C. Le maintien à domicile dans les C.L.S.C., Cahier 7: Une hypothèse sérieuse: l'alourdissement des clientèles de maintien à domicile, Montréal, F.C.L.S.C., 1982, 74 pp.

F.C.L.S.C. Démarche d'évaluation pour le programme de maintien à domicile, Montréal, F.C.L.S.C., 1980, 27 pp.

5. Les services à domicile (suite)

F.C.L.S.C. Réaction de la F.C.L.S.C. sur le document de travail du MAS intitulé: Les services à domicile, Montréal, F.C.L.S.C, 1978, 11 pp.

F.C.L.S.C. Vers une véritable politique de maintien à domicile, Montréal, F.C.L.S.C., 1979, 21 pp.

GROUPE CONSEIL DES COOPERATIVES DE TRAVAIL DE MONTREAL-LAVAL. AUDIO-PLUS, Document d'accueil, Montréal, GCM, 1986.

LAUZON, N. Etat de situation 1983-84 des services à domicile, Montréal, CSSSRMM, 1984.

LAUZON, N. Démarche d'évaluation pour le programme de maintien à domicile, Document de travail, Montréal, CSSSRMM, 1981.

M.A.S. Un nouvel âge à partager, Politique du MAS à l'égard des personnes âgées, Québec, MAS, 1985.

M.A.S. Les services à domicile, Politique du ministère des Affaires Sociales, Québec, MAS (Direction générale de la planification), 1976, 69 pp.

M.A.S. Les services à domicile, Politique du ministère des Affaires Sociales, Québec, 1979, 30 pp.

M.A.S. Cadre relatif au partage des responsabilités CSSCLSC en matière de services sociaux, Québec, Décembre 1983.

M.S.S.S. Monographies sur les Services de maintien à domicile: tendance et problématique, Québec, MSSS, 1987, un document de synthèse et 10 cahiers.

ROY, Jacques. Bilan du maintien à domicile dans les C.L.S.C., Montréal, FCLSC, 2 cahiers, 69 et 45 pp.

TREPANIER, A., LAUZON, N., BELLEY, M. Proposition pour le partage de développement 1984-85 en services à domicile, Montréal, CSSSRMM, 1984.

Rapports de recherche et synthèses critiques publiés dans le cadre du programme de recherche de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.

1. Le rôle de l'Etat dans les services de santé et les services sociaux

No 1[1] Gilles Beausoleil – *Intervention socio-économique de l'Etat. Problèmes et perspectives.*
Gérard Bélanger – *La croissance du secteur public: une recension des écrits économiques*
Diane Bellemarre, Ginette Dussault, Lise Poulin Simon – *Regard économique sur le devenir de l'Etat.*
Jacques T. Godbout – *L'Etat localisé.*
Lionel Groulx – *L'Etat et les services sociaux.*
Réjean Landry – *Prospective des interventions de l'Etat.*
Frédéric Lesemann, Jocelyne Lamoureux – *Le rôle et le devenir de l'Etat-providence.*

2. La transformation du tissu social

No 2 Gilles Bibeau – *A la fois d'ici et d'ailleurs: les communautés culturelles du Québec dans leurs rapports aux services sociaux et aux services de santé.*

No 3 Doris Hanigan – *Le suicide chez les jeunes et les personnes âgées: une recension des écrits et propositions d'action.*

No 4 Frédéric Lesemann – *Les nouvelles pauvretés, l'environnement économique et les services sociaux.*

No 5 Monique Provost – *Les nouveaux phénomènes sociaux: la catégorie sociale "jeunesse".*

No 6 Marc Renaud, Sylvie Jutras, Pierre Bouchard – *Les solutions qu'apportent les Québécois à leurs problèmes sociaux et sanitaires.*

No 7 Eric Shragge, Taylor Létourneau – *Community – Initiated Health and Social Services.*

No 8 Rita Therrien – *La contribution informelle des femmes aux services de santé et aux services sociaux.*

No 9 Michel Tousignant et al. – *Utilisation des réseaux sociaux dans les interventions. Etat de la question et propositions d'action.*

3. L'évolution des indicateurs et des problèmes de santé

No 10 Ellen Corin – *Les dimensions sociales et psychiques de la santé: outils méthodologiques et perspectives d'analyse.*

No 11 John Hoey et al. – *L'Etat de santé des Québécois: un profil par région socio-sanitaire et par département de santé communautaire*

---

[1]Ce document comprend 7 rapports publiés en un seul volume sous le titre "Le rôle de l'Etat."

No 12 Jennifer O'Loughlin, Jean-François Boivin - *Indicateurs de santé, facteurs de risque liés au mode de vie et utilisation du système de soins dans la région centre-ouest de Montréal.*

4. Le cadre législatif, réglementaire et organisationnel du système des services de santé et des services sociaux

No 13 Paul R. Bélanger, Benoît Lévesque, Marc Plamondon - *Flexibilité du travail et demande sociale dans les CLSC.*

No 14 Jean Bernier et al. - *L'allocation des ressources humaines dans les conventions collectives des secteurs de la santé et des services sociaux.*

No 15 Jean Bernier, Guy Bellemarre, Louise Hamelin Brabant - *L'impact des conventions collectives sur l'allocation des ressources humaines dans les centres hospitaliers.*

No 16 Georges Desrosiers, Benoît Gaumer - *Des réalisations de la santé publique aux perspectives de la santé communautaire.*

No 17 Georges Desrosiers, Benoît Gaumer - *L'occupation d'une partie du champ des soins de première ligne par l'hôpital général: faits, conséquences, alternatives.*

No 18 Gilles Dussault, Jean Harvey, Henriette Bilodeau - *La réglementation professionnelle et le fonctionnement du système socio-sanitaire.*

No 19 Barbara Heppner, Linda Davies - *Analysis of the Division of Labour and the Labour Force in Social Service Structures in Québec: Towards a New Definition of Professionalism.*

No 20[1] Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *L'organisation interne des établissements de santé et de services sociaux: modifications et mutations de 1981 à 1987.*
Jacques David, Andrée Lajoie - *L'évolution législative du régime de négociations collectives dans le secteur public québécois.*
Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *Aspects juridiques de la structuration des établissements du réseau des affaires sociales.*
Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *Les statuts des professionnels de la santé et le contrôle de leurs activités.*
Andrée Lajoie, Anik Trudel - *Le droit aux services, évolution 1981-1987.*

No 21 Deena White, Marc Renaud - *The Involvement of the Public Health Network in Occupational Health and Safety: a Strategic Analysis.*

---

[1]Ce document comprend 5 rapports publiés en un seul volume sous le titre "Le droit des services de santé et des services sociaux: évolution 1981-1987."

5. La place du secteur communautaire et du secteur privé et leurs rapports avec le réseau public

No 22 Jacques T. Godbout, Murielle Leduc, Jean-Pierre Collin - *La face cachée du système.*

No 23 Nancy Guberman, Henri Dorvil, Pierre Maheu - *Amour,bain, comprimé ou l'ABC de la désinstitutionnalisation.*

No 24 Jocelyne Lamoureux, Frédéric Lesemann - *Les filières d'action sociale.*

No 25[1] Céline Mercier - *Désinstitutionnalisation, orientation générale des politiques et organisation des services sociaux.*
Céline Mercier - *Désinstitutionnalisation et distribution des services sociaux selon les types de clientèles, d'établissements, de régions.*

6. Les systèmes d'information

No 26 Daniel Pascot et al. - *Bilan critique et cadre conceptuel des systèmes d'information dans le domaine de la santé et des services sociaux.*

No 27 Martin Poulin, Georgette Béliveau - *L'utilisation et le développement de l'informatique dans les services sociaux.*

7. Les coûts et le financement du système des services de santé et des services sociaux

No 28 Clermont Bégin, Bernard Labelle, Françoise Bouchard - *Le budget: le jeu derrière la structure.*

No 29 André-Pierre Contandriopoulos, Anne Lemay, Geneviève Tessier - *Les coûts et le financement du système socio-sanitaire.*

No 30 Gilles DesRochers - *Financement et budgétisation des hôpitaux.*

No 31 Hélène Desrosiers - *Impact du vieillissement sur les coûts du système de santé et des services sociaux: les véritables enjeux.*

No 32 Thomas Duperré - *La perspective fédérale-provinciale.*

No 33 Pran Manga - *The Allocation of Health Care Resources: Ethical and Economic Choices, Conflicts and Compromise.*

No 34 Yvon Poirier - *Evolution et impact des structures de financement fédérales et provinciales sur la recherche en santé au Québec.*

No 35 Claude Quiviger - *Centres communautaires locaux de services sociaux et de santé: étude comparative Québec - Ontario.*

No 36 Lee Soderstrom - *Privatization: Adopt or Adapt?*

No 37 Yves Vaillancourt et al. - *La privatisation des services sociaux.*

---

[1]Ce document comprend 2 rapports publiés en un seul volume sous le titre "La désinstitutionnalisation: orientation des politiques et distribution des services".

8. Les services sociaux: évolution, comparaison, clientèles, évaluation

No 38 André Beaudoin - *Le champ des services sociaux dans la politique sociale au Québec.*

No 39 Elaine Carey-Bélanger - *Une étude comparative des systèmes de bien-être social avec référence particulière à l'organisation des services sociaux: Finlande, Suède, Québec.*

No 40 Marc Leblanc, Hélène Beaumont - *La réadaptation dans la communauté au Québec: inventaire des programmes.*

No 41 Jocelyn Lindsay, Chantal Perrault - *Les services sociaux en milieu hospitalier.*

No 42 Robert Mayer, Lionel Groulx - *Synthèse critique de la littérature sur l'évolution des services sociaux au Québec depuis 1960.*

No 43 Francine Ouellet, Christiane Lampron - *Bilan des évaluations portant sur les services sociaux.*

No 44 Marie Simard, Jacques Vachon - *La politique de placement d'enfants: étude d'implantation dans deux régions du Québec.*

9. Le développement de la technologie

No 45[1] Renaldo Battista - *La dynamique de l'innovation et de la diffusion des technologies dans le domaine de la santé.*
Gérard de Pouvourville - *Progrès technique et dépenses de santé: le rôle de l'intervention publique.*
Fernand Roberge - *La prospective technologique dans le domaine de la santé.*
David Roy - *Limitless Innovation and Limited Resources.*

Tous ces documents sont en vente dans les librairies de *Les Publications du Québec* ou par son comptoir postal.
(418)643-5150 ou 1-800-463-2100

[1]Ce document comprend 4 rapports publiés en un seul volume sous le titre "Le développement de la technologie"

Le programme de recherche a constitué, avec la consultation générale et la consultation d'experts, l'une des trois sources d'information et l'un des principaux programmes d'activités de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.

Ce programme avait notamment pour objectifs de contribuer à la compréhension des problèmes actuels du système des services de santé et des services sociaux, de vérifier l'impact de diverses hypothèses de solutions et, à plus long terme, de stimuler la recherche dans ce domaine.

Afin de rendre compte de ce programme de recherche, la Commission a décidé, sur recommandation du comité scientifique, de publier une collection des synthèses critiques et des recherches. Le présent document s'inscrit dans le cadre de cette collection.